



DEMANDE D'ADHESION

ASSOCIATION « LE PETIT SOLEIL DE SEILLANS »

Je soussigné(e),

NOM (M, Mme, Mlle) :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

.....

N° de téléphone :

E-mail :

désire adhérer à l'association loi de 1901 créée pour le soutien financier à la famille,
la recherche oncologique pédiatrique, le soutien au service de cancérologie pédiatrique
et l'amélioration de la vie à l'hôpital.

Une cotisation annuelle est fixée à Cinq Euros pour être membre actif
(une carte de membre vous sera délivrée).

Fait à, le

Signature :