



BULLETIN D'ADHESION A L'ASSOCIATION ECLORRE

Dénomination sociale
Forme juridique Secteur d'activité
N° SIREN
Téléphone E-mail
Site web
Adresse Ville
Code postal Pays

Représentée par :

Madame Monsieur

Nom Prénom
Statut

Je souhaite être :

Adhérent

Tarif de base de 10€/ mois

Autre tarif

Parrain

Nom de l'enfant que vous souhaitez parrainer

Souhaitez-vous être mise en relation avec votre filleul ?

Oui Non

Si Oui, par quel moyen de communication ?

Téléphone (*WhatsApp*)

Courrier

Réseaux sociaux (*préciser lequel*)

Autre

Donateur

Montant de la donation

Moyen de paiement

J'atteste avoir pris connaissance de l'objet de l'association, des statuts et éventuellement du règlement intérieur

Date et lieu

Signature