BULLETIN D'ADHÉSION
MEMBRE IVT

Valable pour un an à partir de la date de votre adhésion.

INFORMATION ADHÉRENT

○ Mme
○ Mr

○ Entendant
○ Devenu-sourd
○ Malentendant
○ Sourd

Nom : ..... Prénom : .....
Date de naissance : ..... / ..... / .....
Lieu de naissance : .....
Nationalité : .....
Profession : .....
Adresse : .....
.....
Code postal : ..... Ville : .....
Mail : .....
Tél / SMS : .....
Skype : .....
Personne à contacter en cas d'urgence :
.....
.....

PAIEMENT

Adhésion ○ 20€ Adhésion bienfaiteur ○ ..... €

Réglement par :
○ Chèque
○ Carte bancaire
○ Virement bancaire

SIGNATURE

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur le présent formulaire

Date : ..... / ..... / ..... **Signature** (nom et prénom) **: .....**