

Bulletin d'adhésion

Association Aspiran'dez-vous

Version 1.1 — 24 avril 2026

Catégorie de membre demandée :

- ☐ Membre actif (*résident ou actif professionnel à Aspiran*)
- ☐ Membre bienfaiteur / partenaire (*contribution spécifique — décrire ci-dessous*)

Identité

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal / Ville : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Justificatif de lien avec Aspiran (membre actifs)

- ☐ Justificatif de domicile joint
- ☐ Justificatif d'activité professionnelle joint
- ☐ Attestation du président
- ☐ Attestation du secrétaire
- ☐ Attestation du trésorier
-

Pour les membres bienfaiteurs/partenaires (pas les membres actifs)

Nature de la contribution envisagée : _____

Durée ou périmètre proposé : _____

Cotisation

Montant de la cotisation annuelle : **10 € / membre**

(Les membres bienfaiteurs ou partenaires ne sont pas soumis à la cotisation annuelle standard.)

☐ Paiement effectué — montant : _____ € Mode de règlement : ☐ Espèces ☐ Virement

Engagement

Je soussigné(e) _____ déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association Aspiran'dez-vous et m'engage à les respecter.

Fait à Aspiran, le ____ / ____ / _____

Signature :

Section Réservée au Bureau

Date de réception : ____ / ____ / _____

Décision du CA : ☐ Admis(e) ☐ Refusé(e) Date : ____ / ____ / _____

N° membre : _____ Reçu de cotisation émis : ☐ Oui ☐ Non

Signature du Secrétaire :
