



## Bulletin d'Adhésion

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Adresse Mail : .....

En cas d'adhésion couple :

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Adresse Mail : .....

J'adhère à l'association du MRI – SCHILICK POUR TOUS

cotisation simple : 20 €uros

cotisation couple : 25 €uros

cotisation réduite (étudiant – demandeur d'emploi) : 10 €uros

Je soutien l'association MRI – Schilick pour Tous avec un don d'un montant de .....€uros

Je souhaite que mon adhésion reste discrète.

Merci de transmettre votre règlement par chèque à l'ordre de :

**MRI - SCHILICK POUR TOUS**

**A envoyer le chèque à la Trésorière :**

Astrid HOEHLINGER - 54 Rue de Sarrebourg - 67300 SCHILTIGHEIM

Association inscrite au Tribunal d'Instance de Schiltigheim sous volume 30/Folio 27