

BULLETIN D'ADHESION
VIROFLAT 2020

Nom – prénom* :

Adresse* :
.....
.....
.....

Date de Naissance* : / /

E-Mail* :

Téléphone portable :

Pseudo :

Je déclare souhaiter devenir membre adhérent de l'association VIROFLAT et pouvoir participer aux manifestations proposées.

A ce titre, je déclare connaître l'objet de l'association, avoir pris connaissance [des statuts](#), et accepte de m'acquitter de ma cotisation de 5 euros pour l'année 2020.

A le

Signature

*Renseignements obligatoires

vous pouvez envoyer ce document rempli et signé à adhesion@viroflat.fr