



# BULLETIN D'ADHÉSION "MEMBRE IVT" 2019-2020

Adhésion : 20 euros

Adhésion bienfaiteur : ..... euros

Mode de paiement :

Espèces

Chèque

CB

Mme

Mr.

Nom : .....

Prénom : .....

Sourd(e)

Entendant(e)

Parent d'enfant sourd

Adresse : .....

.....

CP : .....

Ville : .....

Tel : .....

E-mail : .....

Skype : .....

Fait à ....., le .... / .... / .....

Signature