



Formulaire d'adhésion 2024/2025

NOM : Prénom :

Adresse:

Code Postal : Ville:

E-mail: Téléphone:

Je souhaite adhérer à l'association Handidream dont la cotisation annuelle est fixée à

- 15€** (Enfant jusqu'à 13ans inclus)
- 20€** (Adulte et enfant de + de 13ans)

Souhaitez-vous faire un don à l'association Handidream ? Montant du don:

Montant TOTAL (Adhésion + Don) :

- Pour les paiements par chèque, l'ordre est à mettre au nom de l'**Association Handidream**
- Adhésion + règlement (+don) sont à envoyer à l'adresse suivante : **1465 RD 205 Tourves 83170**

J'ai lu et approuve le règlement intérieur de l'association Handidream (www.handidream.com)

Date et signature de l'adhérent :

Responsable légal pour personne mineure

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant mineur autorise mon enfant à devenir membre adhérent de l'association Handidream.

Téléphone : E-mail :

Signature du responsable légal :