

# AMAP94 – COTISATION 2024

Nom Prénom : .....

adresse : .....

.....  
code postal : ..... ville : .....

téléphone fixe : ..... téléphone portable : .....

@adresse électronique : .....

j'adhère à l'association « AMAP 94 »

cotisation familiale de 10€ :

règlement par chèque (uniquement) à l'ordre de « AMAP 94 »

Pour éviter les frais de courrier, je suis d'accord pour être informé/e de la vie de l'association via mon adresse électronique indiquée ci-dessus.

fait le : .....

signature :

**1 seul exemplaire**