

Date :

FORMULAIRE ADHERENT

Madame Monsieur

NOM : PRENOM :

ADRESSE : CODE POSTAL :

VILLE : TELEPHONE :

EMAIL :@..... (pour recevoir les invitations et infos de la CSF)

SITUATION DE FAMILLE : Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve)
 Concubin Monoparentale Célibataire

DATE DE NAISSANCE :

CONJOINT : NOM : Prénom :

MONTANT COTISATION : Chèque Espèce

Consommation Education
 Logement Union de parents d'élèves/CSF
 Santé Dons

Locataire Propriétaire Nom du Bailleur :

ENFANTS

Nom-Prénom : **Date de Naissance** :

Majeur Mineur Majeur Handicapé Mort pour la France

Nom-Prénom : **Date de Naissance** :

Majeur Mineur Majeur Handicapé Mort pour la France

Nom-Prénom : **Date de Naissance** :

Majeur Mineur Majeur Handicapé Mort pour la France

Nom-Prénom : **Date de Naissance** :

Majeur Mineur Majeur Handicapé Mort pour la France

Nom-Prénom : **Date de Naissance** :

Majeur Mineur Majeur Handicapé Mort pour la France

SIGNATURE :