



Bulletin d'adhésion 2025



NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Tel : Mail :

Le montant de la cotisation payée est de € (prix libre)

Fait à, le

Signature

(Faire précéder de la mention "Lu et approuvé")

☐ J'autorise La Moustache à utiliser mon image dans le cadre de ses actions de communication (presse, réseaux sociaux, site web...)

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association La Moustache.

À ce titre, je reconnais l'objet de l'association et accepte ses statuts ainsi que son règlement intérieur, disponibles dans les locaux de l'association.

J'ai pris connaissance des droits et devoirs des membres et m'engage à verser ma cotisation pour l'année en cours.