

# L'Isle thérapies

Association des professionnels de l'accompagnement



## BULLETIN D'ADHESION - USAGERS

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

@ : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Vos attentes par rapport à l'association : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je reconnais avoir pris connaissance et être en accord avec les statuts et le règlement intérieur de l'Association l'Isle ô thérapies.

Fait à l'Isle sur la Sorgue, Le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent