

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ASSOCIATION

NOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TEL / FAX :

TEL :

FAX :

E.MAIL :

SITE

INTERNET :

PRESIDENT

NOM/PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TEL / FAX :

TEL :

FAX :

E.MAIL :

RENSEIGNEMENTS DE L'ASSOCIATION

DATE DE CREATION :

OBJET :

ADHERENTS CONCERNES

Enfant :

Adolescent :

Adulte :

**JOURS ET HORAIRES DE
PRATIQUE / PERMANENCES**

COTISATIONS :

Enfant :

Adulte :

NOMBRE D'ADHERENTS :

Villenogarennois :

Autres :

CORRESPONDANT A JOINDRE :

Nom :

Tel :

E.Mail :