BULLETIN D’ADHESION

Date d’adhésion :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE : ADRESSE MAIL :

Je suis :

* un parent ou proche d’enfant accompagné au CAMSP : OUI  ❒ NON : ❒
* un citoyen ami de l’AVDIPE : OUI  ❒ NON : ❒
* un professionnel de santé : OUI : ❒ NON : ❒

*(Si oui, merci de préciser la profession et le lieu d’exercice) :*

Une personne morale (association, autre…), précisez :

* J’adhère à l’AVDIPE : cotisation annuelle : 16 €
* J’apporte en plus mon soutien à l’AVDIPE : ma contribution :

Montant total : …………….

En devenant membre de l’AVDIPE, j’adhère au Projet Associatif, aux statuts et au règlement intérieur.

Je souhaite régler : *SIGNATURE*

* par chèque à l’ordre d’AVDIPE
* par virement – IBAN : FR76 1470 6001 3357 4022 0500 142 BIC : AGRIFRPP847
* en espèces

**Merci de retourner ce bulletin à :**

AVDIPE

CHD « Les Oudairies »

85925 La Roche-sur-Yon Cedex 9

Pour tout renseignement, contacter le siège de l’AVDIPE, au CAMSP Polyvalent de Vendée

Tél : 02 51 47 35 00 ou contact@avdipe.fr