

## BULLETIN D'ADHÉSION

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Adresse : .....  
Commune : .....  
Code Postal : .....  
Téléphone : .....  
E-mail : .....@.....

Montant de la cotisation (entourer le montant) : 30 euros / tarif réduit 15 euros

Don libre :

Date de versement de la cotisation : ..... / ..... / .....

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association SOS Syndrome de l'œil sec. Je reconnais avoir pris connaissance de l'objet associatif, des statuts ainsi que du règlement intérieur. Je prends note de mes droits et devoirs en tant que membre de l'association et accepte de verser la cotisation d'un montant de 30 euros demandée en contrepartie de l'adhésion.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature du membre (précédé de la mention "Lu et approuvé")

**Le bulletin d'adhésion accompagné du chèque de cotisation sont à envoyer par courrier à l'attention de notre présidente :**

Mme Eléonore BREVET-LACHAUME  
SOS Syndrome de l'œil sec  
123 route de Croissy  
78110 Le Vésinet

**SOS Syndrome de l'œil sec Déclarée à la préfecture de L'essonne sous le numéro  
W912015151**