

J'adhère ou renouvelle mon adhésion à Alpysia pour l'année civile 2024
L'adhésion est individuelle (cf règlement intérieur)

| ADHÉRENT | SITUATION FAMILIALE |
|--|--|
| CIVILITÉ : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur | <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Pacsé NOM et PRENOM de la personne de votre famille accompagnée ou ayant été accompagnée par Alpysia ou un groupement mutualiste (Oxance/MFI) : VOTRE LIEN DE PARENTÉ AVEC ELLE (ex : père, sœur, tante, grands-parents ...) NOM ETABLISSEMENT où elle est accueillie : |
| NOM | |
| PRENOM | |
| ADRESSE | |
| CODE POSTAL | |
| VILLE | |
| E-MAIL * | |

* LA DIFFUSION DES INFORMATIONS SE FAIT PAR E-MAIL

| CONJOINT | |
|----------|--------|
| NOM | PRENOM |

| ENFANTS (à remplir obligatoirement si vous avez des enfants) | |
|---|-------------------------|
| | Indiquer le nombre ↓ |
| NOMBRE ENFANT(S) MINEUR(S) | |
| NOMBRE ENFANT(S) MAJEUR(S) (non handicapé.s) | |
| NOMBRE ENFANT(S) MAJEUR(S) en situation de handicap | |

Je verse à Alpysia le montant de ma cotisation 2024 :

- 55 €
 J'ajoute un don de €

Je souhaite recevoir une carte d'adhésion

- Oui Non

| | |
|--------|-------------------------|
| DATE : | SIGNATURE (obligatoire) |
|--------|-------------------------|

A renvoyer à :