



BULLETIN D'ADHESION

CLUB RETRO AUTO-MOTO

2024

ADHERENT

Je soussigné:

NOM

Prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

Adresse

.....

Ville

Code postal.....

E mail

Téléphone portable

Téléphone fixe.....

N° Permis

Date

Délivré par

Assurance

AUTO

MOTO

MARQUE.....

TYPE

ANNEE.....

MARQUE.....

TYPE

ANNEE.....

MARQUE.....

TYPE

ANNEE.....

Déclare solliciter mon adhésion à l'association

CLUB RETRO AUTO MOTO 39 , Route du STADE 33450 St SULPICE ET CAMEYRAC

Tél : 06 44 31 41 94 - dgranati@orange.fr

Je déclare avoir reçu un exemplaire des statuts de l'Association , dont j'ai pu prendre connaissance .

Je déclare m'engager à respecter toutes les obligations des membres de l'association qui y figurent .

Je déclare également avoir été informé des dispositions de l'association .

Cotisation annuelle : 40€

Photocopies : du permis de conduire et de l'attestation d'assurances

Fait leà

Signature de l'adhérent

