

DEMANDE D'ADHESION

Nom / Prénom _____

Profession _____

Rue _____

NPA Ville _____

Téléphone / Portable _____

Fax _____

E-mail _____

Date de naissance _____

Marié/e Célibataire

Nombre d'enfants _____ fille(s) garçon(s)

Date(s) de naissance _____

MEMBRE dès le (ne pas remplir) _____

Date _____

Signature _____

Cotisation annuelle de CHF 80.—

**à verser sur le CCP 17-71192-0
en faveur d'Action Innocence
avec mention «cotisation annuelle »**