

## DEMANDE D'INSCRIPTION

Mademoiselle  Madame  Monsieur  Association  Prestataire  Entreprise

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

NPA / Localité ..... / .....

Téléphone ..... / Potable .....

Adresse e-mail .....

Nom et description de votre maladie en quelques mots :

.....  
.....  
.....  
.....

Membre actif  Bénévole  Membre actif et bénévole  Membre passif

Association  Prestataire  Entreprise

Cotisation de fr. 40.00 pour un membre seul

Cotisation de fr. 60.00 pour un membre couple

Cotisation de fr. 100.00 pour un groupe (3 à 5 pers. maximum)

Je déclare avoir lu les statuts AVAM et m'engage à les respecter.

Lieu, date.....Signature.....

Veillez renvoyer le formulaire rempli :

[avam@avam-vd.ch](mailto:avam@avam-vd.ch)

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à AVAM.