

**DEMANDE D’ADHESION A L’ASSOCIATION**

**APPUI SANTE 37**

- MEMBRES ASSOCIES -

Je soussigné(e) Mme/M. ………………………………………………………………………………………………………………………… agissant en qualité de : …………………………………………………………………………………………………………………………….

de l’association/établissement/service/ organisme: .……………………………………………………………………………….

souhaite adhérer à l’Association Appui Santé 37

Au cours de mon mandat, je m’engage à :

- adhérer aux valeurs et aux dispositions des statuts de l’Association Appui Santé 37

- à participer aux Assemblées Générales.

Fait à : Le :

Signature et tampon :

**Fiche à retourner à :**

**Par courrier**, à Association Appui Santé 37 – 2 allée du Petit Cher – 37 550 Saint-Avertin

**Par mail**, à l’adresse : president@appuisante37.org