



## Formulaire d'adhésion **FAF Apridev** Rhône-Alpes Année 2023

Civilité : Madame ☐ Monsieur ☐

Nom : Prénom :

Adhérent ☐ Sympathisant ☐

Date de naissance :

Adresse : N° Rue ;

Code Postal : Ville :

Tél : Tél : Portable :

Courriel :

Comment souhaitez-vous recevoir les informations de l'association :

**Le bulletin d'information de FAF Apridev :**

- ☐ Noir ☐ CD ☐ Courriel  
☐ Braille abrégé ☐ Braille intégral

Les clin d'oeil uniquement par e-mail : oui ☐ non ☐



## La revue “la canne blanche” - Revue de la Fédération des Aveugles de France :

- ☐ Noir ☐ CD ☐ Courriel  
☐ Braille abrégé

Règlement : ☐ Chèque à l'ordre de **FAF APRIDEV**

☐ Espèces ☐ Carte bancaire

☐ Virement : IBAN : FR76 1382 5002 0008 7798 9316 083 [BIC : CEPAFRPP382]

## Montant de la cotisation :

30 € pour une personne      15 € pour les moins de 25 ans  
45 € pour un couple      20 € pour les membres  
sympathisants

Acceptez-vous le droit à l'image Oui ☐ Non ☐

Fait à : le :