



ASSOCIATION  
MEDICO - EDUCATIVE  
ROUENNAISE

# Association Médico Educative Rouennaise

## BULLETIN D'ADHÉSION

Mme – Mlle – Mr NOM : .....

Prénom : .....

Adresse :  
.....  
.....

Code Postal : .....

Ville : .....

Courriel : .....@.....

### Je souhaite adhérer à l'association A.M.E.R. !

|                                  |                |
|----------------------------------|----------------|
| Cotisation Annuelle :            | 40,00 €        |
| Don de soutien<br>(facultatif) : | ..... €        |
| <b>TOTAL :</b>                   | <b>..... €</b> |

### Je souhaite soutenir l'association, sans être adhérent...

Don de soutien : .....€

**Règlement par chèque joint d'un montant de ..... €, à l'ordre de l'A.M.E.R.**

Date :

Signature :

**Envoi à adresser à :**

**A.M.E.R.  
Domaine du Fossé  
76690 MONT CAUVAIRE**