

DEMANDE D'ADHESION

Nom:..... **Prénom :**

Né(e) :

Adresse :

Code postal **Ville**

Tél. :

Email :

demande l'adhésion à

l'Association Cultuelle Orthodoxe « *SAINTS ARCHANGES MICHEL ET GABRIEL* » et

verse ce jour une cotisation libre de..... euros (minimum 10 euros).

Fait à :

Signature :

Le

Nota bene :

1. Les informations mentionnées ci-dessus pourront faire l'objet d'un traitement informatique. Pour exercer votre droit d'accès et/ou de rectification, vous pouvez vous adresser à l'Association Cultuelle Orthodoxe « *SAINTS ARCHANGES MICHEL ET GABRIEL* », 2 ROUTE DE VOURLES 69230 SAINT GENIS LAVAL.
2. L'adhésion doit être agréée par le Conseil Paroissial sur la proposition du Recteur conformément aux statuts.