



**ASSOCIATION REGIONALE RHONE-ALPES
DES INFIRMES MOTEURS CEREBRAUX**
20 boulevard de Balmont - 69009 LYON
Tél : 04.72.52.13.52. - Fax : 04.78.43.27.97.
siege@arimc-ra.org

BULLETIN D'ADHESION 2009

Je soussigné(e), déclare renouveler mon adhésion
 adhérer

à l' Association Régionale Rhône Alpes des Infirmes Moteurs Cérébraux.

Parent Usager adulte Bienfaiteur

Nom* : _____ **Prénom** : _____

Profession : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ **VILLE** : _____

 _____ **Adresse électronique** : _____

Etablissement (si usager adulte) : _____

ENFANT(S) : accueilli dans une des structures de l'ARIMC

Nom : _____ **Prénom** : _____

Etablissement : _____

Nom : _____ **Prénom** : _____

Etablissement : _____

Montant de la **cotisation pour l'année civile 2009** :

- **60 €** minimum pour les parents et les bienfaiteurs.
- **10 €** minimum pour les usagers adultes

Je remets la somme de _____ euros, montant de ma cotisation.

*** Nom auquel seront établis la carte d'adhérent et le reçu fiscal.**

Date : _____

Signature : _____