

FORMULAIRE D'ADHESION

Année 2025

Nom du père : Prénom :

Nom de la mère : Prénom :

Nom et Prénom de l'enfant :

Nombre d'enfants :

Adresse :

BP : Code postal :

Ville :

Téléphone :

Télécopie :e-mail :

COTISATION

15 EUROS

Je soussigné(e).....Représentant légal, souhaite adhérer au nom de mon enfant à l'association REFLETS BRETAGNE pour la période indiquée et verse ce jour la **cotisation annuelle**.

Signature

Fait à : le