

**BULLETIN D'ADHESION - 2024**  
**ASIF - Association Solidarité Ifigha France**

<b>Nouvel Adhérent :</b> <input type="checkbox"/>	<b>Renouvellement :</b> <input type="checkbox"/>
<b>N° de Membre :</b>	<b>Nombre de personnes :</b>

**Représentant :**

*NOM :* ..... *Prénom :* .....

*Date de Naissance :* ..... *Téléphone Fixe :* .....

*Téléphone Mobile :* ..... *Email :* .....

*Adresse :* .....

**Devoirs de communication et transparence des membres.**

*Chaque membre doit communiquer avec exactitude toutes les informations et coordonnées le concernant. Tout changement en cours d'année doit être déclaré et justifié dans les plus brefs délais par tous moyens de communications possible. Dans le cas contraire, l'Association Solidarité Ifigha France décline toute responsabilité et se désengage définitivement pour les préjudices engendrés par des manquements volontaires et inexcusables de l'adhérent à ses obligations de communication et de transparence (Composante famille, Date de Naissance, Adresse, Téléphone...etc.)*

*Si l'ASIF découvre que l'adhérent a omis ou fourni des informations erronées à son sujet lors de son inscription, l'adhésion est immédiatement résiliée par l'Association Solidarité Ifigha France.*

*Je soussigné(e) agissant en qualité de représentant des adhérents sous nommés m'engage à me conformer aux statuts de l'association, accepte le règlement intérieur et m'engage à le respecter et à le faire respecter.*

*Toute nouvelle adhésion est soumise à l'approbation du Conseil d'Administration et à un délai de carence de 180 jours.*

**Renseignements concernant les personnes affiliées à l'adhésion :**

<b>N°</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Date de Naissance</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

**BULLETIN D'ADHESION - 2024**  
**ASIF - Association Solidarité Ifigha France**

---

---

16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

*L'adhésion n'est effective qu'après paiement de la totalité des sommes dues.*

*Règlement par chèque à l'ordre de : ASIF*

*Le ...../...../.....*

*Signature du Représentant*