



APPEL DE COTISATION 2020

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Téléphone :

eMail :@.....

Par la présente, déclare souhaiter * devenir membre de l'Association Handi-Golf
L'ALBATROS

* renouveler ma cotisation

(rayer la mention inutile)

Le montant de la cotisation est de 25€ payable par chèque ou espèces

Fait à, le

Signature