



## APPEL DE COTISATION 2019

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