



Bulletin d'adhésion - Associations de Professionnels de Santé/ Conseil Général/Réseau Périnatal

Coordonnées de l'Association



Ces données seront affichées sur le site et dans le guide ressources

Nom de l'association / réseau / autre (préciser) : _____
Adresse du siège OBLIGATOIRE : _____
Téléphone : _____ Mail du contact: _____
Site Web : _____
Actions (envers les particuliers, les professionnels...) N° de formateur éventuel : _____

Coordonnées du responsable (données confidentielles) **MAIL OBLIGATOIRE**

Nom _____ Prénom : _____
Téléphone _____ Mail : _____
Adresse : _____

Coordonnées de la « personne contact » (si différent de ci-dessus) pour la correspondance avec la CoFAM et l'envoi du pack SMAM **MAIL et ADRESSE OBLIGATOIRES**

Nom _____ Prénom _____
Téléphone _____ Mail _____
Adresse : _____

Autres informations :

Nombre d'adhérents de votre association au jour de l'inscription : _____

Si vous êtes une antenne d'une autre association, laquelle : _____

- **J'adhère à la CoFAM (jusqu'à la fin de l'année en cours, renouvelable chaque année au mois de janvier). Les adhésions reçues après le 31 Octobre seront reportées sur l'année suivante.**
- **Je m'engage au respect des statuts, du règlement intérieur et de l'éthique de la CoFAM (textes consultables sur le site web).**

Signature précédée de la
mention
« Lu et approuvé »

Cotisation :

- 100 € Conseil général / institution
- 40 € Association > 20 membres, réseau périnatal
- 25 € Association ≤ 20 membres
- 20 € / antenne si adhésion groupée de plus de 10 antennes d'une même association.
- Don de

Règlement par chèque à l'ordre de la CoFAM,
A retourner à l'adresse suivante :

La CoFAM
Isabelle CHARTIER
3 Route de Nogent
61130 SERIGNY
coordinationallaitement@gmail.com

Nous vous remercions du soutien et de l'intérêt que vous portez à la CoFAM