

**Bulletin d’adhésion 2024**

**Personne ayant été en fonction dans un SESSAD ou un DPMO :**

NOM, Prénom :……………………………………………………………………………………………………………..

Adresse :..................................................................................................................................................................... Tél. :.............................................................................................................................................................................. Courriel :……………………………………………………………………………………………………………………...

Demande à adhérer à l’Association des SESSAD et DPMO d’OCCITANIE.

Reconnait avoir pris connaissance des statuts sur le site de l’Association et s’engage à en respecter les dispositions.

□ Effectue le paiement de la cotisation**[[1]](#endnote-1)\***, pour l’année 2024, d’un montant de 5 € par :

□ Chèque à l’ordre de « ASSO SESSAD OCCITANIE »

□ Virement bancaire en date du ……………………………..

Fait à …………………………..…………………. Le ………………………

Signature

Adresse de gestion : 11 rue des écoles 34530 AUMES

Téléphone : 06 51 13 23 97

Courriel : asso.sessad.dpmo.occitanie@gmail.com

Site : [www.asso-sessad-occitanie.fr](http://www.asso-sessad-occitanie.fr)

N° RNA : W302010146

1. \* Une facture sera adressée en retour à réception

du chèque ou du relevé bancaire mensuel [↑](#endnote-ref-1)