

BULLETIN D'ADHESION



Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Tél. : _____ Mail : _____

Adhésion	10 €	_____ €
Inscription à un stage (25 € par formation)		
Api-formation 1	<input type="text"/>	_____ €
Api-formation 2	<input type="text"/>	_____ €
	TOTAL	_____ €

Engagement :

Le stagiaire certifie être assuré en responsabilité civile et ne pas avoir connaissance d'être allergique aux piqûres d'abeilles ou, dans le cas où il serait sensible au venin, être en possession d'un traitement. En aucun cas l'ADAHB ne pourra être tenue pour responsable des conséquences de piqûres d'abeilles.

En cas d'absence, aucun remboursement de stage ne pourra être fait sans présentation d'un certificat médical.

Pour les mineurs, pensez à joindre une autorisation parentale.

J'accepte que mes coordonnées (nom, adresse, tél, mail) puissent être diffusées par l'ADAHB aux adhérents qui partagent aussi les leurs.

OUI

NON

Signature

Merci de libeller votre chèque à l'ordre de : **ADAHB**.

Votre règlement accompagné de ce formulaire sont à envoyer à :

Jean-Pierre CHARLES

37, rue du Levant

35400 Saint-Malo