

**Demande d’adhésion**

Par la présente, je vous adresse ma demande d’adhésion à l’AFDRIPE en tant que membre. J’atteste avoir pris connaissance des statuts de l’association et les accepte.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PRENOM |  | NOM |  |
| Adresse |  | | |
| N° téléphone |  | | |
| E-mail |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Je suis actuellement en fonction dans une institution de la petite enfance en tant que responsable/ directeur-trice  Je ne suis pas en fonction dans une institution de la petite enfance mais j’ai occupé un poste de responsable/directeur-trice | | | |
| Nom de l’employeur actuel |  | | |
| Adresse de l’institution |  | | |
| N° téléphone |  | | |
| Fonction occupée |  | Formation |  |

J’accepte que mes coordonnées soient diffusées auprès des autres membres de l’association :  OUI  NON

Votre adhésion à l’AFDRIPE est effective dès réception du présent formulaire et de la cotisation annuelle de 150 CHF.

Lieu et date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_