

**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 :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_