



Demande d'adhésion

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

PRENOM		NOM	
Adresse			
N° téléphone			
E-mail			

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Je suis actuellement en fonction dans une institution de la petite enfance en tant que responsable/ directeur-trice |
| <input type="checkbox"/> 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'AFDRIVE est effective dès réception du présent formulaire et de la cotisation annuelle de 150 CHF.

Lieu et date : _____

Signature : _____