

## 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			

<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'AFDRIPE est effective dès réception du présent formulaire et de la cotisation annuelle de 150 CHF.

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