

ALLIANCE POUR LA SOUVERAINETÉ DE LA FRANCE

BULLETIN D'ADHÉSION

NOM Prénom

ADRESSE :

Code postal : Ville :

Téléphone domicile ou portable : Téléphone bureau:

Adresse courriel :

Profession :

MANDATS ou titres Actuels Anciens

Date de naissance : Ville :

Département : P a y s :

CONJOINT (*rubrique à remplir pour les adhésions de couple seulement*)

NOM Prénom

Profession :

Téléphone domicile ou portable : Téléphone bureau:

MANDATS ou titres Actuels Anciens

Date de naissance : Ville :

Département : P a y s :

Montant de la cotisation :	Individuelle	200 francs (ou 30 euros)	euros
	Couple	300 francs (ou 45 euros)	euros
	Chômeur ou -25ans	100 francs (ou 15 euros)	euros

Montant du **don** : euros

MONTANT TOTAL : euros

Chèque à l'ordre de l'ALLIANCE POUR LA SOUVERAINETE DE LA FRANCE

ATTENTION:

Sous réserve d'accord ultérieur, le montant de cette adhésion peut faire l'objet d'un crédit d'impôt. Vous serez tenus informés de la position de l'administration française dès que celle-ci nous sera connue.

Date : Signature :

Bulletin accompagné de votre paiement à retourner à :

ALLIANCE POUR LA SOUVERAINETE DE LA FRANCE
BP 20 - 77411 CLAYE SOUILLY