



PHOTO

BULLETIN D'ADHÉSION 2025

Matricule : Situation Professionnelle : ☐ Actif ☐ Retraité

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Ville : Code Postal :

Téléphone :

E-mail :@.....

Situation administrative : ☐ Titulaire ☐ Contractuel ☐ CDI ☐ CDD
☐ Stagiaire ☐ Retraité ☐ Autre :

Catégorie : ☐ A ☐ B ☐ C

Service ou Direction :

Lieux de travail : ☐ Bâtiment Admin ☐ CDE ☐ CCAS ☐ Trompeuse ☐ Autre :

Composition du foyer : (Conjoint(e) + enfants de moins de 26 ans)

Il est impératif de fournir tous les justificatifs pour la prise en compte de votre foyer (livret de famille, attestation sur l'honneur, certificat de PACS, etc.). Si une aide est sollicitée au profit d'un membre de votre foyer, ces documents sont indispensables pour l'instruction de votre demande

Nom du conjoint(e) : Prénom du conjoint(e) :

Date de naissance : / /

Enfant(s) à charge -26 ans :

Nom :	Prénom	Sexe	Date de Naissance
.....		☐ M ☐ F	/...../.....
.....		☐ M ☐ F	/...../.....
.....		☐ M ☐ F	/...../.....

Montant de la cotisation selon les catégories :

☐ A & A+ : 20€ par mois / 240€ l'année ☐ Retraité ou Apprenti 80€ l'année
☐ C & B : 12€ par mois / 144€ l'année

Date de la cotisation :/...../.....

Date fin l'adhésion :/...../.....

Mode de paiement - Payable jusqu'à 3 fois pour les paiements à l'année : ☐ Mensuel ☐ Année

☐ Carte bancaire (1 mois) ensuite ☐ Virement ou ☐ Prélèvement

☐ **Je donne mon accord aux prélèvements des cotisations sur mon compte bancaire dues au titre de mon adhésion**

☐ Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association CAST Fort-de-France.

☐ Je reconnais avoir pris connaissance de l'objet associatif, des statuts ainsi que du règlement intérieur.

☐ Je prends note de mes droits et devoirs en tant que membre de l'association et accepte de verser la cotisation d'un montant de euros demandée en contrepartie de l'adhésion.

Fait à le/...../.....

Signature du membre

(Précédé de la mention "Lu et approuvé")