

**Adhérent**

Union Départementale			
Section locale	-----		
Civilité Madame	<input type="checkbox"/>	Monsieur	<input type="checkbox"/>
Nom	-----		
Prénom	-----		
Adresse	-----		
Adresse	-----		
Adresse	-----		
Code postal		Ville	
Téléphone		Portable	
Situation de famille	Marié(e) <input type="checkbox"/>	Concubin <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>
		Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	Monoparentale <input type="checkbox"/>
			Célibataire <input type="checkbox"/>
Date de naissance		Mail	

**Adhésion**

Montant cotisation		Chèque <input type="checkbox"/>	Espèces <input type="checkbox"/>
L'abonnement comprend l'adhésion au magazine NOUS		<input type="checkbox"/>	
Consommation	<input type="checkbox"/>	Education	<input type="checkbox"/>
Logement	<input type="checkbox"/>	Union des parents d'élèves / CSF	<input type="checkbox"/>
Santé	<input type="checkbox"/>	Vacances / Loisirs / Culture	<input type="checkbox"/>
		Soutien associatif	<input type="checkbox"/>
		Autres structures de la CSF	<input type="checkbox"/>
		Association extérieure	<input type="checkbox"/>

**Conjoint**

Nom	-----	Prénom	-----
-----	-------	--------	-------

**Enfants**

Nom et prénom	-----	Date de naissance	-----	Majeur <input type="checkbox"/>	Mineur <input type="checkbox"/>
				Majeur handicapé	<input type="checkbox"/>
				Mort pour la France	<input type="checkbox"/>
Nom et prénom	-----	Date de naissance	-----	Majeur <input type="checkbox"/>	Mineur <input type="checkbox"/>
				Majeur handicapé	<input type="checkbox"/>
				Mort pour la France	<input type="checkbox"/>
Nom et prénom	-----	Date de naissance	-----	Majeur <input type="checkbox"/>	Mineur <input type="checkbox"/>
				Majeur handicapé	<input type="checkbox"/>
				Mort pour la France	<input type="checkbox"/>
Nom et prénom	-----	Date de naissance	-----	Majeur <input type="checkbox"/>	Mineur <input type="checkbox"/>
				Majeur handicapé	<input type="checkbox"/>
				Mort pour la France	<input type="checkbox"/>

**UDAF**Voix femme Voix homme **Divers**

Propriétaire <input type="checkbox"/>	Locataire <input type="checkbox"/>	Privé <input type="checkbox"/>
Nom du bailleur HLM / SEM	-----	

Signature