

## Acte d'adhésion

Je soussigné(e).....de  
nationalité.....né(e) le...../...../.....à.....  
domicilié(e) à Rue.....n°.....Code  
postal.....Localité.....Pays.....  
Tel (et ou) GSM :.....  
E-mail : .....

demande d'être membre de l'asbl SOLIFA et m'engage à respecter les statuts et règlements de l'association.

Je souhaite en même temps que les personnes mineures suivantes qui sont à ma charge fassent partie de l'association.

| Nom et prénoms | Relation avec le candidat | Date et lieu de naissance | Adresse actuelle | Nationalité |
|----------------|---------------------------|---------------------------|------------------|-------------|
|                |                           |                           |                  |             |
|                |                           |                           |                  |             |
|                |                           |                           |                  |             |
|                |                           |                           |                  |             |
|                |                           |                           |                  |             |

Fait à.....le...../...../.....

Nom et prénom (du candidat).....Signature.....

### Zone Réservee au CA

Accepté par le CA le...../...../.....  
Approuvé par l'AGE du...../...../.....