



**Vous souhaitez agir bénévolement en adhérant à L'ARSE Auvergne ?**

**Vous souhaitez nous soutenir en faisant un don ?**

**Mme/Mlle/M :** .....  
**(indiquez vos nom et prénom)**

**Date de naissance :** .....

**Adresse :** .....

**N° tél :** .....

**Email :** .....

**Activité :** .....

**Socio-Esthéticien(ne) :** **CODES** **Diplôme Universitaire**  
**Autre** ..... **(entourer la réponse)**

**Date d'adhésion :** .....

**Je souhaite adhérer à l'ARSE Auvergne : Oui / Non (barrer la mention inutile).**

**Montant de la cotisation annuelle : 30 €**

En adhérant à l'association **ARSE AUVERGNE**, je m'engage à respecter ses statuts et son règlement intérieur mis à ma disposition au siège de l'association.

---

OU /ET

**Je souhaite faire un don à l'ARSE Auvergne : Oui / Non (barrer la mention inutile).**

**Montant du don :.....€.**

Versement effectué par ..... **(chèque postal ou bancaire)** à l'ordre de **ARSE Auvergne**

**Fait le :** .....

**A :** .....

**Signature**

**Merci d'adresser votre bulletin à: Association ARSE Auvergne**

**1 avenue de Beaulieu 63400 Chamalières.**

**Un reçu vous sera établi par retour de courrier postal.**

**Téléphone 06 19 75 20 28**  
**[contact@arse-auvergne.com](mailto:contact@arse-auvergne.com) / [www.arse-auvergne.com](http://www.arse-auvergne.com)**