

Prénom\* : .....

Nom\* : .....

Date de naissance\* : ...../...../.....

Adresse\* : .....

.....

Code postal\* : ..... Ville\* : .....

Tél\* : ..... E-mail\* : .....@.....

Si vous êtes concerné(e) par un(e) déporté(e), indiquez son nom : .....

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association **FADC8**.

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association et en avoir accepté les statuts que je peux consulter sur demande. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

### Le montant de la cotisation :

- Membre Adhérent : 40,00 €
- Membre Donateur : à partir de 41,00 €
- Membre Bienfaiteur : à partir de 100 € de droit d'entrée plus la cotisation annuelle de 40,00 €

Je souhaite verser la somme de  €.

Fait à....., le ...../...../.....

**Signature** (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

---

Règlement par chèque à l'ordre "**Familles & amis des Déportés du Convoi 8**" et à nous retourner par courrier à l'adresse suivante :

FADC8 – Famille et Amis des Déportés du Convoi 8  
17 rue Geoffroy l'Asnier - 75004 PARIS