



*Je souhaite confirmer mon adhésion à l'association Soiliance, soutenir l'activité de l'association, recevoir ponctuellement des informations sur la vie de l'association.*

## IDENTITE

Nom-Prénom : .....

Adresse : .....

CP - Ville : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Fonction : .....

Service : .....

Employeur : .....

J'ai une activité Toucher-massage®

Mon activité Toucher-massage® : .....

.....

.....

.....

.....

## SOUTIEN

### ***J'adhère à l'association SOILIANCE***

**MEMBRE ACTIF** \* (Je suis formé(e) au Toucher-massage®) - Cotisation : 40 €.

\* Merci de remplir le verso de cette fiche d'adhésion.

### ***Je souhaite soutenir l'action de Soiliance***

**MEMBRE BIENFAITEUR** - Je fais un don : ..... €.

Chèque à l'ordre de Soiliance. Un reçu vous sera adressé en retour de courrier.

**Date et signature de l'intéressé(e).**

### **Association SOILIANCE**

10, bd Maréchal Leclerc 21240 Talant

Présidente : Jacqueline Thonet

jacqueline.thonet@wanadoo.fr / 03 80 74 93 13

BULLETIN D'INSCRIPTION 2022