

FORMULAIRE DE **RENOUVELLEMENT D'ADHESION**

Merci de remplir ce formulaire, conserver l'original qui sert d'attestation fiscale, nous retourner la photocopie (accompagnée de votre règlement) à la Trésorière :

*Marie Thérèse Arnaud
 61, avenue de Béarn - 44600 - Saint Nazaire*

Envoyer une copie par mail à : commission.validation@apf-somatic-experiencing.com

**ECRIRE TRÈS LISIBLEMENT EN ROUGE SI CHANGEMENT DE VOS
 COORDONNÉES UNIQUEMENT**

NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
CODE POSTAL		
VILLE		
Tél professionnel	Fixe :	Portable :
E-mail		
Profession		

Je renouvelle mon adhésion

en formation (80 €)

Praticien certifié (120 €)

Date		N° du chèque joint : N° du virement :
Signature		