

FORMULAIRE D'ADHESION

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

Estelle Halm
 10 rue de Lucelle 68100 Mulhouse

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

NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
CODE POSTAL		
VILLE		
Tél professionnel	Fixe :	Portable :

ECRIRE TRÈS LISIBLEMENT

E-mail	
Profession	

J'adhère Je souhaite figurer dans l'annuaire des praticiens APFSE oui non

en formation SE (80€) praticien SE (120€)

j'ai pris connaissance du code déontologique et m'engage à le respecter

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