

# 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) au Trésorier :

André Thériault  
 63 Quai de la Seine - 75019 Paris

Envoyer une copie par mail à : [commission.validation@apf-somatic-experiencing.com](mailto: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 €)

Je soutiens la Somatic Experiencing et je fais un don de ..... €

Ce don n'est pas déductible des impôts.

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