

# Bulletin d'Adhésion ou de renouvellement

**Année :**



Nom ..... Prénom .....

Adresse postale .....

.....  
.....

Tél fixe ..... Portable .....

Email .....

Membre actif 35 €

Membre bienfaiteur 100 € (ou plus)

Date ...../...../.....Montant .....

Par chèque N° .....

Signature :

*A retourner avec votre chèque à l'ordre de l'AMARHISFA à l'adresse suivante :  
AMARHISFA – BP 902 – 97245 FORT DE FRANCE CEDEX*