



Bulletin d'adhésion 2026

Je soussigné(e) (Nom Prénom)
représentant(e) de l'association locale
souhaite adhérer au nom de l'association, à France Assos Santé Pays de la Loire pour
l'année 2026.



**Je suis une association agréée en santé au niveau
régional et j'étais adhérente à France Assos Santé
Pays de la Loire en 2025**

**Adhésion de 35 euros
pour l'année**

Informations sur l'association adhérente régionale?

Nom de l'association :

Nom Prénom du président :

Adresse de l'association :

Téléphone de l'association :

Courriel de l'association :

Le / /
à

Cachet de l'association et signature de son/sa représentant(e)



Mandat de désignation du référent associatif

Représentant(e) l'association

Je soussigné(e) (Nom Prénom)
représentant(e) de l'association locale

*Mandate comme référent(e) associatif pour France Assos
Santé Pays de la Loire*

Nom Prénom du référent :
Adresse du référent :
Téléphone du référent :
Courriel du référent :

Le / /
à

Cachet de l'association et signature de son/sa représentant(e)