

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Mobile :

Je déclare adhérer au CADE et m'engage à payer ma cotisation.

Rayer les formules non choisis :

Cotisation membre actif isolé : 12 €uros

Cotisation membres actifs (famille) : 20 €uros

Cotisation de Soutien : 10 €uros

Sur-cotisation randonnée (*) : 5 €uros

Signature :

(*) Le certificat médical de non contre-indication est obligatoire pour tous les marcheurs.

Je ne désire pas adhérer au CADE, mais je souhaite recevoir des informations régulières par messagerie électronique et j'envoie un courrier à contact@cade.fr ou je vous communique mon adresse Email :

Pour les membres actifs, date de naissance :

Dans le cas d'une adhésion familiale inscrivez ci-dessous les noms, prénoms et dates de naissance de chacun :
