



# Bulletin d'adhésion 2024

Je soussigné(e) M./Mme : .....

Représentant(e) légal(e) de l'association : .....

souhaite adhérer à France Assos Santé La Réunion pour l'année 2024.

(à cocher)

**Mon association/délégation est rattachée à une association adhérente de France Assos Santé au niveau national : adhésion gratuite pour l'année**  
*Je vérifie avec l'association nationale qu'elle a bien adhéré au niveau national*

**Mon association est agréée en santé au niveau régional et j'étais adhérent(e) à France Assos Santé La Réunion en 2023 et je m'acquies de ma cotisation annuelle de 35 euros.**

## A remplir seulement en cas de changement par rapport à 2023 :

Nom de l'association : .....

Adresse de l'association : .....

Tél. : ..... Courriel : .....

Date d'obtention de l'avis ou renouvellement d'agrément : .....

## A remplir obligatoirement en 2024 :

Nom et prénom du référent FAS La Réunion :

Fonction dans l'association : .....

Tél. : ..... Courriel : .....

Le référent accepte de recevoir et diffuser les informations de FAS La Réunion.

En signant ce document, je m'engage à participer aux activités de la délégation (groupes de travail, représentation des usagers...) pour faire vivre la démocratie en santé à La Réunion. Mon adhésion vaut signature de la charte des valeurs.

Fait le ...../...../.....

à .....

**Signature** (représentant(e) légal(e))