

**Année scolaire \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_**

**J'adhère à l'AGAPE (Adhésion familiale)**

Nom : .....

Prénoms des parents : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

e-mail\* : .....

\*Pour être efficace toutes les informations sont envoyées par mail

Enfant	Etablissement	Classe

*Montant de la cotisation annuelle : 10 €*

*Chèque à l'ordre de l'AGAPE ou espèces*

Date :

Signature :

**Je souhaite :**

- Etre simple adhérent
- Etre candidat(e) au Conseil d'école (maternelle et/ou primaire)
- Etre candidat(e) au Conseil d'Administration du collège
- Participer aux conseils de classe du collège

**Merci de remettre ce bulletin d'adhésion :**

- à un membre de l'association que vous connaissez,
- dans une boîte aux lettres AGAPE (mairie ou devant les écoles).

*Merci pour votre soutien*