



BULLETIN D'ADHÉSION 2024

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULE

Informations Personnelles :

Nom : _____ Prénom : _____

E-mail : _____

Téléphone : _____

Adresse postale : _____

Profession : _____

Obligatoire pour les visites/sorties de l'ACEIP :

Nom de Jeune Fille : _____ Date de naissance : _____

Informations concernant votre Conjoint – Membre du Corps Préfectoral :

Nom : _____ Prénom : _____

Affectation : _____

Ou pour les retraités(es) et veufs/veuves dernière affectation en territoriale : _____

Adhésion :

Je désire adhérer à l'ACEIP pour l'année 2024

- Je joins un chèque à l'ordre de l'ACEIP d'un montant de 10 € ou plus.
- Le règlement a été fait lors de l'adhésion de mon conjoint à l'ACPHFMI
- Je souhaite régler ma cotisation de 10€ ou plus par virement bancaire

Annuaire ACEIP :

J'accepte que les coordonnées **ci-dessus** soient communiquées : Oui Non

Entraide régionale

Si vous acceptez d'être contacté(e) par un conjoint pour donner des conseils pratiques lors d'une nouvelle affectation (bonnes adresses, médecins, écoles, associations, sports, particularité de la résidence ...).

Merci de signaler les villes dans lesquelles vous avez été affecté(e) :

Vos villes : _____

Date et Signature :