



BULLETIN DE PARRAINAGE
(à remplir en caractères d'imprimerie)

NOM : Prénoms :
Date et lieu de Naissance :
Adresse :
Code Postal : VILLE :
Tél. : GSM :
E-mail :

Je désire parrainer un enfant du centre de vie à Antsirabé (Madagascar).

Montant de la cotisation mensuelle : **31 € par enfant**

Comme parrain, j'obtiens de droit la qualité de membre de l'Association Coopération Humanaire. Je m'engage par le présent à me conformer à ses statuts (disponibles au siège de l'association).

Date :

SIGNATURE :

Association Coopération Humanaire
2, allée des Pétunias • Rampes de Saint-François • 97400 SAINT-DENIS

Tél. 0262 30 27 15 • Fax : 0262 30 58 51 • GSM : 0692 25 70 91 • E-mail : achrn@wanadoo.fr



Association reconnue d'utilité publique