



## BULLETIN D'ADHESION

Je, soussigné

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** .....

**Adresse :** .....

**Code Postal :** ..... **Commune :** .....

**Téléphone :** .....

**Courriel :** .....

**Profession :** .....

Adhère à l'association THEATRE ASTRAL pour la saison 2009-2010

Et verse pour cette adhésion la cotisation suivante :

- cotisation de membre : **20,00 €**
- cotisation de soutien : ..... ( minimum 40,00 €)

Fait à : ..... le : .....

signature

Les informations recueillies ci-dessus sont strictement confidentielles et uniquement à l'usage du Théâtre Astral, sans transmission possible à d'autres entités publicitaires ou commerciales.

Toute demande de modification de ces données peut être exprimée auprès de l'Administration du Théâtre.