

**OUI, je désire adhérer à l’Association des Familles de Louveciennes**

**NOM : .................................................................................................**

**PRENOM DU PERE : ……………………………………………………………….**

**PRENOM DE LA MERE : …………………………………………………………….**

**ADRESSE : ...................................................................................................**

**TELEPHONE : ..............................................................................................**

**MAIL (indispensable) : .............................................................................**

**ENFANTS : nombre -------  mineurs -------  majeurs -------**

**SITUATION FAMILIALE : ……………….............**

**Montant : 13€**

**Règlement par virement bancaire ou par chèque à l’ordre de l’AFL**

**Si c’est par chèque, adresser le formulaire et sa cotisation à**

**Madame Claire de la Tour**

**6 rue Louis Forest**

**78430 Louveciennes**