

# BULLETIN D'ADHESION 2026



☐ Madame

☐ Monsieur

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....Téléphone portable : .....

E mail : .....

☐ J'accepte que mes coordonnées soient transmises aux autres adhérents du GOA.

☐ Cotisation annuelle : 10 €

☐ Cotisation annuelle prix réduit : 5 €

(demandeurs d'emploi, étudiants et moins de 12 ans)

☐ Je souhaite réaliser un don de ..... € en faveur du GOA

Règlement à envoyer à :

**Groupe Odonat'Auvergne**  
**35 avenue de la République**  
**15000 Aurillac**

[groupeodonatauvergne@gmail.com](mailto:groupeodonatauvergne@gmail.com)

Nb : pour les personnes mineures, joindre une autorisation parentale

Date et signature :

