

## DEMANDE D'ADHESION

**Nom\*** :

**Prénom\*** :

**E-mail\*** :

**Adresse\*** :

**Code Postal\*** :

**Ville\*** :

**Téléphone\*** :

**Téléphone Portable** :

**Fax** :

*(\*) Obligatoire*

Imprimez cette demande d'adhésion et adressez-la accompagnée de votre règlement par chèque à :

S.E.H.S.S.R.

B.P. 345

34204 SETE Cedex

**Cotisation Annuelle : 10 €**