**A remplir par l’adhérent** *(exemplaire à conserver par l’association) :*

Prénom : ………………………………………………………………………………………...

Nom : ……………………………………………………………………………………………

Date de naissance : ……………………………………………………………………………..

Adresse : ………………………………………………………………………………………...

Code postal : ……………………Ville :………………………………………………………..

Tél : ……………………………………………………………………………………….........

Email : ………………………………………..@.....................................................................

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l’Association des Doctorants du CESR. A ce titre, je déclare reconnaître l’objet de l’association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur. J’ai pris bonne note des droits et devoirs de l’association, et accepte de verser ma cotisation due pour l’année en cours.

Étudiant de l’université de Tours (précision nécessaire)

Membre actif (doctorants, docteurs et étudiants au CESR) : 10 € payable par chèque ou par espèces

Membre bienfaiteur : 20 € payable par chèque ou par espèces

Je souhaite verser un don à l’association d’un montant de :……………………………………

Fait à……………………… le………..............

Signature

*(précédée de la mention « lu et approuvé »)*