



BULLETIN D'ADHESION 2026

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Email : _____

Déclare adhérer à l'**AESPHOR** en tant que membre ☐ actif ☐ parent ☐ bienfaiteur

(Cocher la case correspondante)

Montant versé :

Membre actif et parent, cotisation minimale 10€

Membre bienfaiteur, cotisation selon possibilité

Chèque libellé à l'ordre de l'AESPHOR

Bulletin à adresser, accompagné de votre règlement :

A E S P H O R

Centre universitaire de pédopsychiatrie

2, boulevard Tonnellé

37044 TOURS cedex 9