



FICHE D'ADHESION

Date :	
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Adresse :	
Ville :	
Pays :	
Téléphone :	
Adresse e-mail :	
Diplôme :	
Statut (Salarié, Enseignant, Etudiant, Autres) :	Salarié <input type="checkbox"/> Enseignant <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>
Fonction :	
Employeur :	
Montant versé au titre d'adhésion :	
NB : Les paiements de frais d'adhésion et des cotisations mensuelles pourront se faire par virement à l'ordre de l'OARH au compte ouvert à la LCB au numéro suivant : 30012 00101 262587011001 27.	
Je déclare souhaiter devenir membre de l'Association ci-dessus dénommée. A ce titre, je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de ladite association et m'engage à respecter les obligations y découlant. <input type="checkbox"/>	
Fait à Brazzaville, le	
Signature de l'adhérent	Le Président