

**COMITE DEPARTEMENTAL
de la BOULE BRETONNE
des COTES D' ARMOR**

**Demande d' AFFILIATION (1)
ou de RENOUVELLEMENT.**

ANNEE

N° :

TITRE de la SOCIETE :

STRUCTURE	NOM ,PRENOM, ADRESSE	Téléphone / Fax
SIEGE SOCIAL		Tél : Fax :
PRESIDENT		Tél : Fax :
ADRESSE pour courrier		Tél : Fax :
REPRESENTANT Au Conseil d'Administration		Tél : Fax :
CI-JOINT LE CHEQUE de € (COTISATION ANNUELLE)		

A le signature du Président :

(1) lors de la première demande, fournir : photocopie des statuts et attestation d' assurance

CALENDRIER SOUHAITE (à faire paraître dans la brochure)	
Dates	TYPES de CONCOURS

**CES DATES SERONT REPRISES ENSEMBLE LORS DE LA REUNION POUR LA
FIXATION DU CALENDRIER GENERAL**