



**BULLETIN D'INSCRIPTION  
CLUB DES SUPPORTERS DU SFCD  
2017**

Nom.....Prénom.....  
Adresse.....  
Ville ..... Code Postal.....  
Tel ..... Fax ..... E mail .....  
Profession : .....

A compléter et à retourner avec votre règlement de 200 € :

Libellé à l'ordre du SFCD au :

**SFCD – Service adhésion : Maison Médicale du Breuil - 8 quai Jules Ferry – 88210 Senones**

Nom et prénom de la marraine adhérente au SFCD :.....