

## Bulletin d'adhésion

Je souhaite devenir membre de l'Association CTAS, centre de consultation spécialisé dans le traitement des séquelles d'abus sexuels et d'autres traumatismes.

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal et localité : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Date et signature : \_\_\_\_\_