



# Bulletin d'adhésion au

Prénom :

Nom :

Adresse postale :

Adresse mèl :

Téléphone :

- J'ai lu (<https://cutt.ly/QR4PQcs>) et j'approuve le manifeste fondateur du Réseau d'actions contre l'antisémitisme et tous les racismes (RAAR).
  
- Cotisation annuelle, montant : 20 €
- Cotisation libre, si nécessaire ..... €
- Don de soutien : ..... €

*Un reçu Cerfa est délivré pour les cotisations et les dons.*

Règlement ci-joint par  espèces  chèque

- Virement au compte du RAAR, IBAN :

**FR76 1348 5008 0008 0102 3069 480**

À envoyer à l'adresse suivante :

**RAAR**

7 rue Bernard de Clairvaux  
75003 Paris

Fait le

à Signature :