

REÇU DE PARTICIPATION de l'Amicale du Personnel du CH
À L'ADHESION À UNE ASSOCIATION SPORTIVE

Je soussigné (e) :

Nom :

Prénom :

Certifie avoir reçu la somme de **10 € en espèces**

de la part de l'Amicale du Personnel du Centre Hospitalier de Roanne
pour remboursement d'une partie de mon adhésion à l'association sportive
suivante :

📄 Justificatif à joindre : attestation ou facture.

Fait à ROANNE, le /...../.....

Signature