



Amicale du Personnel  
Centre Hospitalier de Roanne

28 rue de Charlieu – 42328 ROANNE

Tél. : 04 77 44 38 62 – [www.amicale-ch-roanne.net](http://www.amicale-ch-roanne.net)

Mail : [amicale.personnel@ch-roanne.fr](mailto:amicale.personnel@ch-roanne.fr)

**BULLETIN D'ADHÉSION « ACTIFS »**

NOM ..... Prénom.....

Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

N° Tél. : ..... Mail : .....

Matricule Agent (sur votre fiche de paie) : .....

Service : .....

Les informations nominatives que vous renseignez sur ce formulaire sont à usage exclusif de l'Amicale du Personnel du CH de Roanne qui s'engage à ne pas les diffuser.

Déclare vouloir adhérer à l'Amicale du Personnel du Centre Hospitalier de ROANNE et m'engage à me conformer aux statuts de l'Association.

Cotisation 2026: 20 Euros

**Pour toute adhésion avant le mois de mai** la cotisation est prélevée par la DRH sur les salaires du mois de mai, renouvelable chaque année, sauf dénonciation écrite de votre part.

**Après cette date** tout bulletin d'adhésion à l'Amicale doit être **accompagné d'un chèque du montant de la cotisation de 20 € à l'ordre de l'Amicale du Personnel** pour que la demande soit prise en compte.

ENFANTS		
NOM	Prénom	Date de naissance
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Fait à ROANNE, le ..... 2026

Signature

*A retourner à l'Amicale du Personnel*



Amicale du Personnel  
Centre Hospitalier de Roanne

28 rue de Charlieu – 42328 ROANNE

Tél. : 04 77 44 38 62 – [www.amicale-ch-roanne.net](http://www.amicale-ch-roanne.net)

Mail : [amicale.personnel@ch-roanne.fr](mailto:amicale.personnel@ch-roanne.fr)

**AUTORISATION  
DE PRÉLÈVEMENT**

Je soussigné (e) .....,

autorise le prélèvement de la cotisation de l'Amicale du Personnel par la Direction des Ressources Humaines.

Ce prélèvement sera effectué directement sur une de mes rémunérations.

Fait à ROANNE, le ..... 2026

Signature

*A retourner à l'Amicale du Personnel*