



BULLETIN D'ADHÉSION 2026 I.P.A FRANCE

COTISATION ANNUELLE



IPA France (chez Orphéopolis), 44 rue Roger Salengro 94126 Fontenay-sous-Bois Cedex

I.P.A France – Délégation Départementale :

Cadre réservé au Bureau National

DATE :

Mme

M

Numéro d'adhérent :

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Conjoint(e)/Pacsé(e)/Concubin(e) (demi-cotisation) :

Préciser le nom de l'adhérent principal :

(pour les concubins(es) joindre attestation sur l'honneur)

Adresse postale complète :

Code postal :

Ville :

Pays :

Date de Naissance :

Lieu de naissance :

E-Mail personnel :

Tél :

Je souhaite recevoir la revue IPA France en version : numérique par la voie postale

J'accepte que ma photo paraisse dans toute la documentation IPA à titre bénévole

J'ai la possibilité d'héberger un membre d'une Section étrangère lors d'un séjour

Cocher : Police Nationale Police Municipale Gendarmerie Douane Police transport Pénitenciaire

Grade :

Service et lieu d'affectation :

Retraité :

Date de retraite :

Veuf/Veuve :

Date du début du contrat :

Date de fin de contrat :

Langues parlées :

Joindre la copie d'un justificatif professionnel ou de retraite (Si 1ère adhésion)

(attestation employeur ou fiche de paie ou carte professionnelle)

Je choisis le mode de paiement : chèque virement prélèvement automatique (compléter ci-dessous)

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise l'I.P.A France à envoyer des instructions à ma banque, afin de débiter mon compte. Ceci, conformément aux instructions de l'I.P.A France, pour le paiement de la cotisation annuelle. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. De même, je réglerai le différend directement avec l'I.P.A France.

Créancier : I.P.A France
(chez Orphéopolis) 44 rue Roger Salengro
94126 Fontenay-sous-Bois Cedex
IBAN : FR76 1027 8061 6100 0208 1550 154
BIC : CMCIFR2A

Coordonnées titulaire(s) du compte à débiter : Nom :

Prénom :

IBAN							
BIC							

JOINDRE UN R.I.B

Nom de votre banque :

J'adhère à l'I.P.A France

Fait à :

Le :

Montant de la cotisation annuelle 2026 : 30€

(Année civile, du 1^{er} janvier au 31 décembre)

Condition particulière à partir du 1^{er} juillet, à régler **45€** soit :

15€ pour l'année en cours et **30€** pour l'année suivante.

Cotisation « Conjoint(e)/Pacsé(e)/Concubin(e) » **demi-cotisation**.

Signature :