



Nom et Adresse du Comité départemental 2FOPEN/USFEN-FP :

.....  
.....

## DEMANDE D’AFFILIATION 2025-2026

NOM DU CLUB SANTÉ SENIORS .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

NOM DU RESPONSABLE DU CLUB SANTÉ SENIORS .....

Téléphone ..... E-mail.....

### Article 1 de la CONVENTION DÉPARTEMENTALE D’AFFILIATION ENTRE LA MGEN ET LA 2FOPEN

*MGEN s’affilie pour sa section départementale .....  
auprès du Comité départemental 2FOPEN .....  
pour permettre à ses adhérents, membres du Club Santé Seniors, d’être licenciés  
individuellement et à tarif préférentiel. Pour ce faire, elle s’acquitte d’une affiliation annuelle. Le  
montant de cette affiliation **annuelle est** fixé à 1 € par membre du Club. Il est versé directement  
au Comité départemental 2FOPEN ..... par la section  
départementale MGEN.*

**Nombre d’adhérents au CSS au 1<sup>er</sup> janvier 2026 = ..... adhérents**

**Montant de l’affiliation pour la saison 2025-2026 = ..... euros**  
*(nombre d’adhérents x 1 €)*

#### Règlement par :

chèque n° Sur la banque .....

virement

#### RIB Comité

Titulaire du compte :

IBAN :

En date du.....

Le Responsable du Club Santé Seniors,