



DONNÉES PERSONNELLES (en caractères imprimés) :

Nom, prénom : _____

Rue, numéro : _____ NPA, lieu : _____

Date de naissance : _____

Numéro de téléphone fixe ou mobile : _____

E-mail : _____

1 . Principes fondamentaux

- L'association PRO LIFE a pour raison d'être la protection de la vie humaine. Celle-ci commence lorsqu'un être humain est conçu et prend fin au moment de son décès dû à des causes naturelles.
- L'association PRO LIFE aide les familles et les personnes de tout âge à résoudre les problèmes juridiques auxquels les confrontent les aléas de l'existence et assiste des femmes enceintes en détresse.
- L'association PRO LIFE conteste la légitimité de toute initiative visant à infléchir le cours de la vie humaine en l'abrégeant ou en y mettant fin.
- L'association PRO LIFE rejette les interventions médicales donnant un caractère sélectif au droit à la vie.
- L'association PRO LIFE participe aux efforts tendant à instaurer un système d'assurances sociales fondé sur des bases solides et exige que l'assurance maladie ne rembourse dorénavant plus les avortements.

2 . Déclaration d'intention

- J'adhère aux principes fondamentaux de l'association PRO LIFE et aux buts de celle-ci.
- Je m'engage à m'abstenir de pratiquer l'avortement, d'en faire la demande ou de le promouvoir.
- Au cas où une grossesse engendrerait un conflit ou une situation de détresse, je ferais appel aux conseils et à l'assistance que PRO LIFE à ses membres en pareil cas.
- Je réalise qu'une infraction de ma part à ces principes, ainsi que tout acte allant à l'encontre de la présente déclaration d'intention aurait pour effets mon exclusion de l'association et la caducité de mon affiliation à celle-ci. Je cesserais alors d'avoir droit à des conditions préférentielles et perdrais mon statut privilégié de membre de PRO LIFE.

3 . Type d'affiliation

Je m'affilie à la communauté de valeurs PRO LIFE avec le statut suivant :

Particulier (cotisation annuelle de 60 francs)
Personne morale (cotisation annuelle de 200 francs)
Couple / familles (cotisation annuelle de 100 francs)

Autres membres de la famille :

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Signature : (à partir de 16 ans)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4. Communication de l'association pour les membres :

Je souhaite m'abonner à la **Newsletter** de PRO LIFE.

Veillez me la faire parvenir par e-mail à cette adresse : _____

Veillez faire parvenir **le magazine des membres** de PRO LIFE

par e-mail*

par la poste _____

*Veillez n'entrer une adresse e-mail que si elle diffère de l'adresse ci-dessus.

Lieu, date : _____ Signature : _____