ETAT DES RADIES
Sauf décès

Feuillet n°..../....

Association

N° Adhérent CNRM	*Etat Civil*	*Adresse*	*Adhérent(e)*	*Raison de la radiation*	*Observations*
	M., Mme, Melle *Nom* *Prénom* *Date de naissance*	*Appartement, étage, escalier* *Résidence, bâtiment* *Numéro* *Rue, avenue, boulevard* *Lieu-dit* *Code postal* *Localité de destination*	☐ Célibataire ☐ Marié (e) ☐ Veuf (ve)		
	M., Mme, Melle *Nom* *Prénom* *Date de naissance*		☐ Célibataire ☐ Marié (e) ☐ Veuf (ve)		
	M., Mme, Melle *Nom* *Prénom* *Date de naissance*		☐ Célibataire ☐ Marié (e) ☐ Veuf (ve)		

A *Localité* ***, le*** *Date*

Le*(a)* ***Président****(e)* *ou* ***Le****(a)* ***Trésorier****(e)*