

**ASSOCIATION CHALONNAISE DE PARENTS ET AMIS DE PERSONNES
DEFICIENTES INTELLECUTELLES**

POUVOIR

Monsieur, Madame, Mademoiselle _____
(nom et prénom)

(adresse)

à jour de ma cotisation annuelle, auprès de l'A.C.P.E.I.

DONNE POUVOIR A : _____
Nom et prénom (laisser en blanc si vous ne savez pas à qui confier votre pouvoir)

pour me représenter à l'Assemblée Générale de l'A.C.P.E.I.

à _____, le _____

Signature :