



association
des assurés
april

**POUVOIR
ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE
ET ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE
DU MARDI 8 AVRIL 2025**

Je soussigné(e) _____

Votre numéro adhérent _____

- APRIL Santé Prévoyance – *particuliers*
- APRIL Santé Prévoyance – *pro et entreprises*
- APRIL Entreprise
- APRIL Entreprise Caraïbes
- APRIL International Care
- Autres, précisez _____

donne pouvoir (cocher la case correspondante) ...

au Président de l'Association

à une autre personne :

Nom _____ Prénom _____

Son n° Adhérent _____

... pour me représenter à l'Assemblée Générale Ordinaire et à l'Assemblée Générale Extraordinaire de l'Association des Assurés APRIL.

Fait à _____ le _____

Signature, précédée de la mention « Bon pour pouvoir » :

Pouvoir à imprimer, à compléter et signer et à adresser à

Association des Assurés APRIL – 114 Boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03
ou par mail à contact@associationdesassuresapril.fr