

**POUVOIR  
ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE  
ET ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE  
DU MARDI 14 AVRIL 2026**

**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 -12 rue Juliette Récamier - CS 23333 - 69452 Lyon Cedex 06  
ou par mail à [contact@associationdesassuresapril.fr](mailto:contact@associationdesassuresapril.fr)