



ASSOCIATION  
DES ASSURÉS APRIL

**POUVOIR  
ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE  
ET ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE  
DU LUNDI 28 SEPTEMBRE 2020**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Votre numéro Adhérent \_\_\_\_\_

- APRIL Santé Prévoyance – par l'intermédiaire de votre entreprise  
 APRIL Santé Prévoyance – à titre individuel  
 Autre – 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 »**

**Important** : Pouvoir à imprimer, à compléter et signer et à adresser exclusivement par courrier postal  
au siège de l'Association des Assurés APRIL - 114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.  
Les copies ou les scans ne pourront pas être pris en compte.