



ASSOCIATION  
DES ASSURÉS APRIL

**POUVOIR  
ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE  
ET ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE  
DU LUNDI 29 MARS 2021**

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 au siège de l'Association des Assurés APRIL -  
114 Boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03.**