

FORMULAIRE D'ADHESION 2019

MERCI D'ECRIRE VOS COORDONNEES EN LETTRES CAPITALES

Coordonnées personnelles :
 Nom : Prénom :
 Adresses :

 Téléphone : / / / / Email :

Parent :
 Avez-vous un enfant concerné par un problème de communication ?
 Oui Non
 Prénom de l'enfant :
 Date de naissance : __ / __ / ____

Professionnel :
 Votre activité :
 Sous quelle forme (libérale, en institution, autres)

 Adresse professionnelle :

 Téléphone : __ / __ / __ / __ / __
 Email :
 Adresse à utiliser par l'association :
 Professionnelle Personnelle

Je souhaite devenir membre adhérent et verse 23 euros de cotisation
 Je souhaite soutenir l'action d'AAD Makaton et faisant un don supplémentaire d'un montant deeuros
 Les chèques sont à libeller à l'ordre de « Association Avenir Dysphasie Makaton »
 L'adhésion est valable jusqu'au 31 décembre 2019

Comment avez-vous connu l'existence du Makaton ?

Les informations recueillies lors des adhésions, font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification à ces informations. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association.

Fait le __ / __ / ____

Signature :