

MERCI D'ECRIRE VOS COORDONNEES EN LETTRES CAPITALES

**Coordonnées personnelles :**

Nom : ..... Prénom : .....

N° : ..... Rue : .....

Code Postal ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Email : .....

**Parent :**

Votre enfant est-il concerné par un problème de communication ?

Oui  Non

Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Professionnel :**

Profession : .....

Sous quelle forme

libérale  en institution

autres (précisez) .....

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 de .....euros

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 ?

Sur internet

Par un professionnel de santé

Autre : .....

Sur les réseaux sociaux

Par le bouche à oreille

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 :