

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 en 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 ?

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 :