

BULLETIN D'ADHESION 2016-2017

Mr Mme

NOM

PRENOM

ADRESSE

CODE POSTAL : VILLE :

Mail :

Je désire recevoir la newsletter : OUI - NON

TELEPHONE (*) :

PORTABLE (*) :

DATE DE NAISSANCE : ... /.... /....

ATELIER (S) CONCERNE(S) :

Profession :

ADHESION 25 €:

Espèces ou Chèque à l'ordre de l'ACERMA :

VOS REVENUS MENSUELS : SANS RESSOURCE + OU - DE 500 € + OU - DE 900 € + OU - DE 1100 €
(merci de bien cocher la ou les cases correspondantes à votre situation)

<input type="checkbox"/> CHOMAGE	<input type="checkbox"/> ALLOCATION (RSA, ASS...)	<input type="checkbox"/> INVALIDITE	<input type="checkbox"/> CONGE DE LONGUE MALADIE
<input type="checkbox"/> SALARIE	<input type="checkbox"/> ÉTUDIANT	<input type="checkbox"/> RETRAITE	

Coordonnées de la personne:
à prévenir en cas de problème

Paris, le

Comment avez-vous connu notre association ?

« J'ai pris connaissance des objectifs
et des valeurs de l'association et j'y
adhère »

SIGNATURE :

Aucune de ces données n'est obligatoire hormis le nom, toutefois nous tenons à signaler que, sans l'adresse nous ne serons pas en mesure de vous tenir informé des actions et manifestations de l'Association.

(*) La saisie du numéro de téléphone, portable ou fixe implique que vous acceptez d'être contacté par nos soins et uniquement par nos soins en cas de besoin.

L'adhérent peut à tout moment demander la suppression ou la rectification de toutes les données le concernant.