

Notre Association

Formulaire d'adhésion

Veuillez compléter ce formulaire en lettres capitales

- **Informations personnelles :**

Prénom : Nom :

Date de naissance (JJ/MM/ AAAA) :...../...../.....

Adresse :

Code Postal :Ville :

E-mail :

Tél :

Statut :

Êtes-vous :

- () Un nouvel adhérent
- () Un membre renouvelant son adhésion

Type d'adhésion :

- () Individuelle (tarif 40 EUR)
- () Étudiant (tarif 40 EUR)
- () Bienfaiteur (tarif 40 EUR)
- () Famille (tarif 40 EUR)

Mode de paiement :

- () Chèque à l'ordre de « **ARBEFG** »
- () Espèces
- () Virement bancaire
- () Carte bancaire
- () Paypal

Autorisations :

J'autorise l'Association « **ARBEFG** » à utiliser mon adresse e-mail pour m'envoyer des informations et les mises à jour.

J'autorise l'Association « **ARBEFG** » à utiliser des photos ou vidéos prises lors d'évènements de l'Association dans lesquels je pourrais apparaître.

Engagements :

Je soussigné (.....) certifie que les informations fournies ci-dessus sont exactes, je m'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur de l'Association.

Date :/...../.....

Signature :

(à conserver par l'adhérent)

Je soussignée M., Président de l'Association, « **ARBEFG** » déclare avoir reçu ce jour l'adhésion de Mr ou Mme né(e) le pour l'année ainsi que le paiement de la somme de **EUR 40**.

Fait à, le

Signature du représentant de l'Association :