



## Formulaire d'Adhésion 2020

MERCI D'ECRIRE VOS COORDONNEES EN LETTRES CAPITALES

Coordonnées personnelles:

Nom:..... Prénom.....

Adresse : .....

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

Tel. : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ - Portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Email : .....

- Je souhaite devenir membre adhérent et verse 30 euros de cotisation  
 Je souhaite soutenir l'action de Trisomie 21 des PO en faisant un don supplémentaire d'un montant de .....euros  
Les chèques sont à libeller à l'ordre de « Trisomie21 des PO »

**La personne susnommée, adhère à Trisomie 21 des PO (66) pour l'année 2020  
Cette adhésion implique le respect des statuts et du règlement intérieur.**

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 à .....Le \_\_\_ / \_\_\_ / 20

Signature