



“Au-Delà de nos Handicaps” – 459 ch de la Source 14 Clos Pascal 83300 Draguignan
06.72.77.76.05 - contact@assoadh.org

BULLETIN D'ADHESION

Valable jusqu'au 1 septembre 2024

Nota - les statuts de l'association précisent :

1/ Les « membres adhérents » sont :

- des personnes physiques, à jour de leur cotisation annuelle et s'étant engagées à adhérer aux statuts et règlements de l'association ;
- des personnes morales ou des personnes d'une administration publique, mandatées par leurs instances.

L'adhésion en qualité de membre adhérent entraîne de fait l'adhésion à la **Fédération des Clubs de la Défense (FCD)**.

2/ Les « membres bienfaiteurs » sont les personnes physiques ou morale qui effectuent un don supérieur au montant de l'adhésion, au profit de l'association. Ils sont dispensés de la cotisation de l'année de leur don.

Merci de cocher la case

Membre adhérent

Membre bienfaiteur

Merci de rayez les mentions inutiles et de préciser

NOM & Prénom / représentant d'une administration / personne morale :

Mr/Mme _____

Né(e) le : _____ à : _____

Adresse postale : _____

Code Postal : _____ Ville (Pays) : _____

Téléphone portable : _____ Téléphone fixe : _____

Adresse mail : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Si vous êtes une personne physique...

Profession (fonctions / organisme / secteur) : _____

Si vous êtes militaire, êtes-vous en activité ?

oui (affectation) : _____

non (dernière affectation et année de départ de l'institution) : _____

Etes vous touché par une forme de handicap ? non oui **Si oui, merci de préciser votre position (en activité, congé de maladie, congé de longue maladie, CLDM, ...)** : _____

Si vous pouvez nous aider... Compétences, moyens, relations, autres... proposés (précisez) : _____

Membre adhérent, je règle par chèque, à l'ordre de " **Au-Delà de nos Handicaps**²", le montant de mon (mes) adhésion(s) pour l'année (les années) : _____ à savoir 25,00 € par année (assurance comprise) : _____ €.

Si vous êtes **une personne en situation de handicap**, l'adhésion est de 10 € sur présentation d'un justificatif (PMI, RQTH, CLDM pour les personnes en cours d'expertises).
le montant de mon (mes) adhésion(s) pour l'année (les années) : _____ à savoir 10,00 € par année (assurance comprise) : _____ €.

Membre bienfaiteur : votre don vous exonère de cotisation.

Ainsi, en adhérant à l'association « **Au-Delà de nos Handicaps** », je déclare (merci de cocher les alinéas agréés) :

- faire mien l'objet de l'association dont j'accepte les statuts et le règlement intérieur (sur le site <http://www.assoadh.org> ou sur simple demande) ;
- autoriser l'association « **Au-Delà de nos Handicaps** », à utiliser les images (photos et vidéos) prises dans le cadre des activités de l'association et dans lesquelles j'apparaîtrai, à toutes fins de promotions de ses projets de soutien à l'accompagnement du handicap ;
- en cas de participation à un stage de reconstruction, communiquer à l'association tous les éléments complémentaires requis pour le projet concerné.

Fait à : _____, le : _____

Signature (de l'adhérent ou de son représentant légal si l'intéressé est sous tutelle ou s'il est mineur - faire précéder la signature de la mention "**lu et approuvé**") :

J'envoie cette fiche (éventuellement accompagnée de mon chèque d'adhésion) à :
« **Au-Delà de nos Handicaps** » - 459 ch de la Source 14 clos Pascal 83300 Draguignan

Ces informations sont nécessaires pour votre adhésion.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous disposerez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant.

Pour l'exercer, adressez vous au secrétariat de l'association (06.72.77.76.05 - contact@assoadh.org).

CADRE RESERVE A L'ASSOCIATION

Date d'enregistrement:

Numéro d'adhérent :

Adhésion en qualité de Membre adhérent / bienfaiteur :

Bénévole (groupe de travail et/ou stages) :

Bénéficiaire (stages) :

Cotisation(s) / Don(s) (années) :

Observations :