Association LE RESSORT

Ressources intérieures et Cancer Provence

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

ADRESSE :

Code postal / ville :

Téléphone :

Email :

Vous êtes :

- ☐ Membre actif
- ☐ Membre bienfaiteur
- ☐ Membre associé
- ☐ Partenaire

Vous désirez faire un don de .....

Les chèques sont à établir à l'ordre de "Le Ressort".

Certificat médical obligatoire pour les adhérents

Droit à l'image

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise Le Ressort à réaliser des vues photographiques, des vidéos ou des enregistrements lors de tout évènement ou activités organisés par l'association.

☐ **OUI** ☒ **NON**

Fait à : **Le :**

Signature :

L'adhésion implique le respect des statuts et du règlement intérieur qui sont à la disposition au siège de l'association.