

ADHESION

ADHESION N° :

En adhérant à l'AHPSA, je m'engage à respecter ses statuts et son règlement intérieur, mis à ma disposition au siège de l'association. Cette adhésion ouvre droit à la participation à l'assemblée générale de l'association, à l'inscription aux activités proposées à tous les membres ma famille (conjoint et enfants mineurs). **MERCI DE REMPLIR EN MAJUSCULES**

NOM : _____ **PRENOM :** _____
TRANCHE D'AGE : 60 ans et plus de 40 à 59 ans de 26 à 39 ans de 18 à 25ans
ADRESSE : _____ **QUARTIER (pour les valbonnais) :** _____
VILLE : _____ **CODE POSTAL :** _____
TELEPHONE : _____ **PORTABLE :** _____

ADRESSE MAIL :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concerne.

AUTORISATIONS

- J'autorise l'AHPSA à m'envoyer par e-mail et SMS des informations concernant l'Association :
 - pendant la durée de mon adhésion OUI NON
 - au-delà de la fin de mon adhésion sauf si je le stipule expressément : OUI NON
- J'autorise l'AHPSA
 - à prendre une ou plusieurs photographie(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me représentant ou représentant mes enfants inscrits et les œuvres ou les œuvres de mes enfants inscrits. OUI NON
 - à publier une ou plusieurs des photographie(s) précédemment mentionné(es) sur quelque support que ce soit (papier ou site internet). OUI NON

INSCRIPTION

Nom, prénom, âge (si enfant ou conjoint de l'adhérent(e))	ACTIVITE : préciser SVP jour et horaire Merci de nous fournir un certificat médical pour toute activité sportive.	TARIF
Pour les Valbonnais, merci de fournir votre quotient familial délivré par la CAF ou l'attestation délivrée par la Mairie de Valbonne Sophia Antipolis seulement si votre QF est en dessous de 1300	Adhésion familiale	30 €
	L'adhésion familiale est déjà réglée (Adh N° _____)	0 €
MONTANT TOTAL A REGLER		

REGLEMENT : Espèces 1 chèque de suite 2 chèques Sur 2 mois 3 chèques Sur 3 mois
 Virement

Aucune réduction ne pourra être faite en cas d'absence.
L'inscription à l'activité sera remboursée au prorata uniquement dans les cas de déménagement, perte d'emploi et maladie à compter de la date du justificatif.

Référence bancaire

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
30003	00508	00037285711	58

IBAN : FR76 3000 3005 0800 0372 8571 158
BIC-ADRESSE SWIFT : SOGEFRPP

Fait à Valbonne, le Signature

SAISIE EXCELL

SAISIE CIEL

CARTE

STAT