

BULLETIN D'ADHESION 2023

A l'association départementale :

Tampon

Volet destiné à
Trisomie 21 France

TRISOMIE 21 BOUCHES-DU-RHÔNE
CENTRE SOCIAL ST GABRIEL
12, rue Richard
13014 MARSEILLE

Mlle Mme M : _____

Prénom : _____

Rue : _____

CP : _____

VILLE : _____

Téléphone (facultatif) : / / / /

Email : _____

Profession : _____

Je soussigné(e) déclare adhérer à l'Association Trisomie 21 (Groupe d'Etude pour l'Insertion Sociale des personnes porteuses de Trisomie 21) dont le tampon est apposé ci-dessus.

Cette Association est membre de Trisomie 21 France (*Fédération des Associations pour l'insertion sociale des personnes porteuses d'une Trisomie 21*).

J'ai pris connaissance des statuts et règlements de l'Association Départementale et je partage les objectifs et les principes qu'elle défend.

Parent d'Enfant Trisomique : Oui Non

Si Oui, date de naissance :

Professionnel de l'équipe de soins : Oui Non

Si oui, Fonction :

Personne porteuse de Trisomie 21 : Oui Non

Autre :

Je verse une cotisation annuelle de : 30 €

+ 10 € de don à l'association (facultatif) un reçu fiscal vous sera envoyé.

SIGNATURES

Adhérent :

Président : Mr Éric Rousseau



BULLETIN D'ADHESION 2023

A l'association départementale :

Tampon

Volet destiné à
l'association

TRISOMIE 21 BOUCHES-DU-RHÔNE
CENTRE SOCIAL ST GABRIEL
12, rue Richard
13014 MARSEILLE

Mlle Mme M : _____

Prénom : _____

Rue : _____

CP : _____

VILLE : _____

Téléphone (facultatif) : / / / /

Email : _____

Profession : _____

Je soussigné(e) déclare adhérer à l'Association Trisomie 21 (Groupe d'Etude pour l'Insertion Sociale des personnes porteuses de Trisomie 21) dont le tampon est apposé ci-dessus.

Cette Association est membre de Trisomie 21 France (*Fédération des Associations pour l'insertion sociale des personnes porteuses d'une Trisomie 21*).

J'ai pris connaissance des statuts et règlements de l'Association Départementale et je partage les objectifs et les principes qu'elle défend.

Parent d'Enfant Trisomique : Oui Non

Si Oui, date de naissance :

Professionnel de l'équipe de soins : Oui Non

Si oui, Fonction :

Personne porteuse de Trisomie 21 : Oui Non

Autre :

Je verse une cotisation annuelle de : 30 €

+ 10 € de don à l'association (facultatif) un reçu fiscal vous sera envoyé.

SIGNATURES

Adhérent :

Président : Mr Éric Rousseau



AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e).....

Pour les personnes mineures indiquer le nom de l'enfant :

Autorise l'Association Trisomie 21 BDR à utiliser les photos et vidéos prises lors d'activités organisées par l'association pour sensibiliser le public à la Trisomie 21.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.

La présente autorisation est accordée pour une durée de 1 an.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

N'autorise pas la diffusion de mon image ou celle de mon enfant.

Le modèle ou son représentant légal,

Fait le :

Signature :