



BULLETIN D'ADHESION

INFORMATIONS DE CONTACT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

..... Téléphone :

Adresse e-mail :

COTISATION

Montant : ☐ 30€ ☐ 25€ ☐ 20€ ☐ 15€ ☐ 10€ ☐ 5€

Date de versement :

Date d'expiration :

COORDONNÉES BANCAIRE

IBAN : FR76 1558 9228 3400 1325 2624 094

BIC : CMBRFR2BXXX

**Merci d'envoyer la confirmation de virement à
l'adresse mail suivante :
simplement.autiste@outlook.fr**

DECLARATION

Je déclare, par la présente, souhaiter devenir adhérent(e) de l'association
SIMPLEMENT AUTISTE.

Je reconnais avoir pris connaissance de l'objet associatif, des statuts ainsi que du
règlement intérieur.

Je prends note de mes droits et devoirs en tant que membre de l'association et
accepte de verser la cotisation demandée en contrepartie de l'adhésion.

Fait à le

Signature (précédée de la mention
"lu et approuvé") :

SIMPLEMENT AUTISTE

SIEGE SOCIAL : 15 A Rue du Vieux Séminaire, 22000 SAINT-BRIEUC

TELEPHONE : 06 21 58 71 82 / COURRIEL : simplement.autiste@outlook.fr

Déclarée à la préfecture de SAINT-BRIEUC sous le numéro W224011725



AUTORISATIONS DROIT A L'IMAGE

Je soussigné Mme/Mr

Autorise l'association à utiliser de manière ponctuelle, sans contrepartie financière, mon image dans le cadre des publications réalisées sur les réseaux (photos, vidéos...).

☐ OUI ☐ NON

EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter en cas d'urgence :

Adresse :

....., Téléphone :

☐ J'autorise une personne adhérente de l'association à me transporter chez un médecin

☐ J'autorise une personne adhérente de l'association à me faire hospitaliser.

Fait à le

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé") :



AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné Mme/Mr Représentant (s) légal (légaux) de l'enfant)
autorise ma fille / mon fils (rayer la mention inutile)

Cochez les cases correspondantes :

☐ A participer aux activités mis en place et organisées par l'association.

☐ A se déplacer en car, minibus, en voiture, et vélo.

Autorise l'association à utiliser de manière ponctuelle, sans contrepartie financière, l'image de ma fille / mon fils, dans le cadre des publications réalisées sur les réseaux (photos, vidéos...).

☐ OUI ☐ NON

Informations: La responsabilité de l'association cesse lors de la fin de l'activité.

INFORMATIONS DE CONTACT

Nom du jeune : Prénom du jeune :

Date de naissance :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Adresse :

..... Téléphone des parents :

Adresse e-mail des parents :

EN CAS D'URGENCE

☐ J'autorise une personne adhérente de l'association à transporter mon enfant chez un médecin

☐ J'autorise une personne adhérente de l'association à faire hospitaliser mon enfant.

Fait à le

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé") :