

BULLETIN D'ADHESION

UN DEFI DE TAILLE
Association nationale des dysplasies spondylo épi-métaphysaires

Participez, être informés, et nous aider en ADHERANT à l'association !

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone :

Mail : _____ @ _____

Rôle : parents personnes atteintes professionnels sympathisants

Si parents, nom et prénom de l'enfant porteur : _____

Sa date de naissance : / /

Pathologie concernée : _____

Je souhaite :

- adhérer pour la première fois, et payer ma cotisation annuelle de 21€*.
- renouveler mon adhésion et payer ma cotisation annuelle de 21€*.
- faire un don de _____ €*

**Toute cotisation ou don effectué à l'association Un défi de taille ouvre droit à une réduction d'impôts à hauteur de 66% du montant versé.*

Je règle :

- Par chèque : à l'ordre d'Un défi de taille (à envoyer à Un défi de taille, 232 G La Lande Briand, 35750 Iffendic)
- Par Virement : IBAN FR76 1360 6000 2346 3206 9129 087

Notre adresse :

Association « Un défi de taille »

Chez Mme Leduc Prioux, 232 G La Lande Briand, 35750 Iffendic

06.79.85.46.12 /Page facebook : Un défi de taille

undefidetaille@gmail.com

<http://undefidetaille.org>

Autorisation d'Exploitation pour le Droit à l'image des Adhérents

Prénoms et noms des membres de la Famille :

Autorise l'association « Un défi de taille » à reproduire et exploiter l'image fixée dans le cadre de photographies prise lors des évènements de l'association.

La présente autorisation d'exploitation de mon droit à l'image est consentie à titre gratuit. Cette autorisation est valable pour une utilisation : Support papier, support audiovisuel, diaporama, internet (mail) incluant le site internet, supports de communication interne, médias de presse (journaux et Newsletter interne) et réseaux sociaux.

N'autorise pas l'association « Un défi de taille » à reproduire et exploiter l'image fixée dans le cadre de photographies prise lors des évènements de l'association.

Fait à _____

Le

(date)

Signature