

Formulaire d'adhésion – Association EclAAAt de rire Yoga du rire

Etat civil

Prénom : _____

Nom : _____

Pseudonyme : _____

N° de téléphone : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Renseignements divers

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Email : _____

Médical

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____

N° de la personne : _____

Médecin traitant : _____

Ville du médecin : _____

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association Eclaaat de Rire.

Je déclare donc reconnaître l'objet de l'association et accepter le règlement intérieur. J'ai pris connaissance des droits et des devoirs des membres de l'association et accepte de verser ma cotisation pour l'année en cours.

☒ Montant de la cotisation à l'association _____ 30,00 _____ €

Je choisis mon forfait :

☐ Annuel : 198 € (32 à 34 séances : 1 par semaine hors vacances scolaires) _____ €

☐ Parent solo (séance tous les 15 jours) : 99 € _____ €

☐ Abonnement libre 10 séances : 89 € _____ €

☐ Séances à l'unité : 12 € x _____ €

TOTAL : _____ €

☐ Séance sans adhésion à l'association _____ 16,00 € _____

☐ Je soussigné.e _____ autorise par la présente Les EclAAAts à utiliser mon image pour les besoins de sa communication.

En vertu de la loi numéro 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'association Eclaaat de Rire s'engage à ne pas utiliser les informations de l'adhérent à des fins commerciales ou à les céder à des tiers.

Signature :