

INFOS INDISPENSABLES

Madame Monsieur NOM PRENOM

Adresse N° RUE

Bâtiment autre

C.P COMMUNE

Date de Naissance

Tél domicile

Tél Mobile

Adresse Mail

Autorisation de diffusion Mail-Téléphone OUI

NON

Personne à contacter en cas de besoin Nom Tél

Ces diffusions ne servent que dans le cadre du fonctionnement de l'Association

INFOS COMPLEMENTAIRES

Situation de Famille

Caisse de retraite complémentaire

Dernière profession exercée

Ces informations sont nécessaires pour le suivi statistique de l'ARPAQ ainsi que pour obtenir des subventions

Dans le cadre des activités de l'ARPAQ, je peux souscrire à l'Assurance Groupama "Accidents Corporels"

J'accepte et je cotise

Je refuse

INFOS SUR LE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) Mme, Mr autorise/ n'autorise pas l'ARPAQ à effectuer, dans le cadres des activités de l'association, des prises de vues de ma personne et à les exploiter dans les conditions suivantes:

lors des moments de vie de l'Association : Assemblée Générale, Journée Portes Ouvertes

sur des supports papiers et multimédias: guide l'ARPAQ, affiches (mobilier urbain), site internet, vidéo

DATER et SIGNER: