

## 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:**