



ARPAQ  
ACTIFS ET SOLIDAIRES

# ARPAQ

## INFOS INDISPENSABLES

Madame	Monsieur	NOM	<input type="text"/>	PRENOM	<input type="text"/>
Adresse	N°	RUE	<input type="text"/>		
Bâtiment	<input type="text"/>	autre	<input type="text"/>		
	C.P	<input type="text"/>	COMMUNE	<input type="text"/>	
Date de Naissance	<input type="text"/>				

Tél domicile	<input type="text"/>
Tél Mobile	<input type="text"/>

Adresse Mail	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Inscription à la Newsletter	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Autorisation de diffusion Mail-Téléphone	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

Personne à contacter en cas de besoin	NOM	<input type="text"/>	Tél	<input type="text"/>
---------------------------------------	-----	----------------------	-----	----------------------

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

## INFOS COMPLEMENTAIRES

Situation de Famille	<input type="text"/>
Caisse de retraite complémentaire	<input type="text"/>
Dernière profession exercée	<input type="text"/>

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

## 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:**