



BULLETIN D'ADHÉSION 2024-2025

MEMBRES DU C.A, ASSOCIATION, ETABLISSEMENTS SPECIALISES,...

L'association Nouvel Envol œuvre pour rendre accessible les activités sportives, de loisirs et de vacances aux personnes en situation de handicap mental et/ou ayant des troubles psychiques.

Personne physique

Mme M. **NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

Né(e) le : _____ à : _____

Adresse domicile : _____

Code postal: _____ Ville: _____

☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____

E-mail : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

Père - Mère - Autre⁽¹⁾ : _____ **NOM :** _____ **PRENOM :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☎ Domicile: _____ ☎ Portable : _____

E-MAIL : _____

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile

Autorisation de publication d'image individuelle ou collective :

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) _____

Autorise / n'autorise pas l'utilisation de photographies ou de films pris lors des différentes activités de l'association qui pourront être utilisés pour nos outils de communication (site internet, brochures, réseaux sociaux).

Personne morale (Etablissements spécialisés, associations,...)

NOM DE L'ETABLISSEMENT : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Personne désignée comme représentante au sein de l'association : _____

Qualité : _____

☎ Bureau : _____ ☎ Portable professionnel : _____

E-MAIL : _____

A REMPLIR

Je désire soutenir l'association en faisant un don de _____ €

(un CERFA vous sera fourni pour votre déclaration d'imposition)

Je paie par : espèces chèque virement en date du : _____

IBAN : FR76 1027 8010 8200 0260 3564 521 BIC : CMCIFR2A

J'autorise les responsables de l'Association Nouvel Envol, à contacter les services médicaux en cas d'accident et/ou d'urgence.

Date : _____ Signature : _____

*L'adhésion à l'association comprend une assurance couvrant ses membres durant les activités de l'association

