

A RENVoyer COMPLÉTÉ ET SIGNÉ PAR COURRIER À
L'UD CSF 69 - 276 RUE DUGUESCLIN 69003 LYON
accompagné de votre règlement (Chèque ou espèce)

MERCI DE COMPLETER LES INFORMATIONS EN MAJUSCULES.

Civilité Madame Monsieur

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : __/__/____

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TÉLÉPHONE :

PORTABLE :

EMAIL :@.....

J'accepte de recevoir les mails d'information de la CSF

J'accepte de recevoir le journal électronique de la CSF "REGARDS CROISES"

Propriétaire

Locataire

Nom du Bailleur :

ADHÉSION :

Consommation

Education

Logement

Union de parents d'élèves/CSF

Santé

Dons

MONTANT COTISATION :€ Chèque Espèces Virement

REPRÉSENTATION AU SEIN DE LA CSF :

Membre du CS

Membre du bureau

Administrateur au sein du bailleur :

Représentant des usagers au sein de l'établissement de santé :

Mandat de représentation au sein de :

SITUATION DE FAMILLE :

- Marié(e) Concubin Divorcé(e) Veuf(ve)
 Monoparentale Célibataire Pacsé(e)

CONJOINT :

NOM :PRENOM :

ENFANTS

Prénom :Date de Naissance :

- Majeur Mineur Majeur Handicapé Mort pour la France

Prénom :Date de Naissance :

- Majeur Mineur Majeur Handicapé Mort pour la France

Prénom :Date de Naissance :

- Majeur Mineur Majeur Handicapé Mort pour la France

Prénom :Date de Naissance :

- Majeur Mineur Majeur Handicapé Mort pour la France

Prénom :Date de Naissance :

- Majeur Mineur Majeur Handicapé Mort pour la France

SIGNATURE :

Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés, nous vous informons que les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles ont l'objet d'un traitement informatique et sont destinés au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à : adherents@la-csf.org.