

## BULLETIN D'ADHESION A ELAN SANTE 2023/24

Association Loi 1901 -

7 bis Place Hubert Jolivet - 95290 L'Isle Adam

Je soussigné(e)      M. ☐      Mme. ☐

NOM ..... PRENOM .....

Date de naissance ..... N° tel .....

Adresse .....

.....

Mail .....

Déclare adhérer à l'association ELAN SANTE. A ce titre, j'ai été informé(e) des statuts et m'engage à les respecter.

Je règle la somme de 20 euros correspondant à la cotisation due pour l'année en cours.

Je souhaite faire un don de \_\_\_\_\_ € et demande un reçu fiscal.

TOTAL:

règlement par      ☐ chèque      ☐ virement bancaire      ☐ espèces

*J'autorise Elan Santé, conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies, vidéos ou captations numériques prises dans le cadre associatif.*

*Dans le cas contraire, je coche la case ci-contre* ☐

Date

Signature