

BULLETIN D'ADHESION OU DE DONATION

Hellomici
23 Avenue de l'Obersvatoire
25000 BESANCON
Mail : association.hellomici@gmail.com
Téléphone :0637626875

Association soumise à la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901 (N°W251009159)

Nom : Prénom :
Date de naissance :/../..
Adresse complète :
.....
Fixe : Portable:.....
Mail :

J'adhère à l'association Hellomici, et m'engage à régler la cotisation annuelle de 20 €,

A ce titre, je déclare connaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition dans les locaux de l'association. J'ai été informé des droits et des devoirs des membres de l'association, qui emportent mon agrément par la présente adhésion. J'accepte de verser le cotisation due pour l'année en cours (valable 1 an de date à date à compter de la présente adhésion).

J'accepte de fournir pour mon inscription les documents suivants :

- Photo d'identité (création carte de membre)
- Copie de la pièce d'identité
- Enveloppe timbrée au nom et à l'adresse de l'adhérent,

Je suis donateur à l'association Hellomici,
Je fais un don de : €.

Règlement par chèque (à envoyer à l'adresse ci-dessus) ou par virement.

Fait à, le
Signature (faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion.
Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous au secrétariat à l'adresse postale ou adresse mail indiquez ci-dessus.*

Questionnaire d'informations

(Confidentiel et personnel)

Avez-vous une MICI ? NON OUI, laquelle :

Proche d'une personne atteinte de MICI : (précisez parent, frère ou sœurs, ami, etc...) :

.....

autres :

● A l'attention des personnes atteintes de MICI :

Avez-vous d'autres pathologies ? non oui, précisez.....

.....

Quels sont les professionnels de santé que vous êtes amenés à rencontrer régulièrement dans le cadre du suivi de votre pathologie, et éventuellement préciser leur nom (Gastro-entérologue, kinésithérapeute, sophrologue, psychologue, etc, ..) :

.....

.....

.....

.....

● Quelles sont vos attentes de l'association :

Rencontre entre adhérents

Information

Accompagnement

Relation administrative

Support juridique

Autres :

● Etes-vous prêts à vous investir personnellement :

Pour aider lors d'organisations d'évènements

Pour tenir une permanence

Pour récolter des dons

Autres :

● Quelles seraient vos disponibilités en règle générale :

Semaine : (précisez jours et heures)

Week-end : (précisez jours et heures)