



BULLETIN D'ADHÉSION



NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ **VILLE :** _____

TÉLÉPHONE : _____

ADRESSE MAIL : _____

FONCTION :

MEMBRE
(cotisation : 100 €)

MEMBRE ASSOCIÉ
(cotisation : 30 €)

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et de la charte de l'AFAP, et en accepter pleinement les termes.

Je sollicite mon adhésion à l'Association Française des Accessoiristes de Plateau.

LIEU & DATE

SIGNATURE

NOM, PRÉNOM & SIGNATURE DU PARRAIN 1

NOM, PRÉNOM & SIGNATURE DU PARRAIN 2

Ce formulaire, accompagné d'une photo et d'un Curriculum Vitae, doit être envoyé à :

AFAP
c/o Simon Tric
10 rue Hector Guimard
75019 Paris

Le Conseil d'administration statuera dans les plus brefs délais.

Le candidat sera informé par mail.

La cotisation s'effectue une fois la candidature retenue.

Un chèque à l'ordre de l'AFAP devra être envoyé au trésorier :

Yann Ricordeau
3 rue du puisard
69008 Lyon

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, 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 au conseil d'administration de l'association.