



Cette association a pour objet de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des adolescents et jeunes adultes atteints d'**Ar**thrite **J**uvénile **I**diopathique et d'autres maladies chroniques inflammatoires

CADRE RÉSERVÉ À L'ASSOCIATION **AJIados**

N° adhérent **2021**/.....

N° REMISE CHQ :

DATE D'ENREGISTREMENT : __/__/2021



Etat civil (Les informations obligatoires à renseigner sont précédées d'un astérisque)

* ☐ Mlle ☐ Mme ☐ M.

*Nom

*Prénom

*Adresse complète

* Code Postal

* Ville

Tél.

Courriel

@

Né(e) le

OUI, je souhaite (au choix)

☐

Adhérer à l'association **AJIados** pour 1 an
18€ (montant de l'adhésion individuelle)

€

OU

☐

Renouveler mon adhésion à l'association **AJIados**
18€ (montant de l'adhésion individuelle pour 1 an)

€

☐

Apporter mon soutien à l'association **AJIados**
par un don complémentaire (facultatif – montant libre)

€

ET

☐

Recevoir la Newsletter (j'indique bien mon email dans le formulaire état civil)

Je règle par :

☐ chèque (à l'ordre d'**AJIados**)

☐ espèces

Votre adhésion et/ou votre don complémentaire vous donnent droit à une réduction d'impôts de 66% du montant versé dans les limites fixées par la loi en vigueur. Un reçu fiscal vous sera adressé dès réception de de votre bulletin d'adhésion rempli et accompagné de votre règlement.

L'adhérent reconnaît avoir pris connaissance de l'objet de l'association et déclare vouloir adhérer à l'association **AJIados**.

Date : __/__/2021

Signature:

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant (art.34 de la loi informatiques et libertés du 6 janvier 1978).

Total de mon règlement :

€

Merci de renvoyer ce formulaire (ou sa copie) accompagné de votre règlement à :