



## FICHE D'ADHESION

à E.B.H. – CAP SANTE

ANNEE 2020

Madame

Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Tél fixe : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

**Adhésion annuelle (01/01 au 31/12) personnelle : 15€**

Adhésion annuelle (01/01 au 31/12) personne morale : 70€

Don de soutien : \_\_\_\_\_ €

Payée par :  Chèque  Espèces

"J'accepte de recevoir par mail les informations sur l'association"

Oui  Non

*"J'autorise E.B.H. – CAPSANTE à utiliser les photos sur lesquelles j'apparais lors de formations (ateliers, journées, sorties...) pour le site internet, flyers ou/et journaux de l'association."*

Oui  Non

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_