

Nom :Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :Mail :

Adhésion Association Annuelle	
Formule n°	
TOTAL	

Si je suis en A.L.D (Affection Longue Durée) ou A.H. (Adulte Handicapé) j'apporte une prescription médicale délivrée par mon médecin traitant. (merci de cocher la case bleue)

J'apporte un certificat médical de non contre-indication délivré par mon médecin traitant. (merci de cocher la case bleue)

Je consens à ce que l'association Action Sport Santé Nutrition utilise mon image pour promouvoir ses activités. (merci de cocher la case bleue)

Je consens à ce que l'association Action Sport Santé Nutrition conserve et traite mes données personnelles y compris les données sensibles, selon la Loi RGPD, pour une durée de 36 mois. (merci de cocher la case bleue)

➔ Vous disposez d'un droit d'accès, de regard et rectification de vos données personnelles, ainsi que du droit à l'oubli. En cas de modification du consentement, veuillez adresser votre demande à Action Sport Santé Nutrition.

➔ Je pense à contacter ma mutuelle pour une éventuelle prise en charge de mon abonnement.

➔ Règlement en plusieurs chèques possible en respectant les montants ci-dessus. Facture sur demande.

Date et signature

Action Sport Santé Nutrition
Mairie de Chinon - Place du Général de Gaulle - 37501 CHINON
06.70.04.13.65 - contact@sportsantenutrition.fr
<https://sportsantenutrition.fr>

ASSN pour une vie saine