

Informations personnelles :

Nom : Prénom(s) :
Date de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
Numéro de téléphone : E-mail :
Souhaitez-vous partager «vos traditions et cultures arméniennes»
avec l'AFA? Si oui, lesquelles ?

Informations professionnelles : (le cas échéant)

Raison sociale : N° SIREN :
Adresse : Code postale :
Ville : Numéro de téléphone :
Site web : E-mail :

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association : **Alliance Franco Arménienne du Val de Marne**. A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et avoir accepté le règlement intérieur. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

J'accepte que des **photos** de ma personne et/ou de ma famille soient publiées sur les réseaux sociaux*

Je ne souhaite pas que des **photos** de ma personne et/ou de ma famille soient publiées sur les réseaux sociaux*

*L'utilisateur dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui le concernent (article 34 de la loi "Informatique et Libertés"). A tout moment, l'utilisateur exerce son droit de suppression des données le concernant en nous contactant sur l'adresse e-mail contact@afa-valdemarne.fr

Montant de la cotisation est de :

15€ 10€ supplémentaire par membre de la même famille

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Règlement :

En espèce Par chèque à l'ordre de **Alliance Franco-Arménienne du Val-de-Marne**

Fait à : Signature :

Le :