

Bulletin d'adhésion à l'ADNF v3.4

Important : à remplir à la main par l'intéressé. Un bulletin par personne. Données confidentielles ADNF.

M. / Mme / Mlle

Nom / Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal / Ville : _____

Téléphone / Portable / Fax : _____

Adresse e-mail : _____

Site Internet personnel (facultatif) : _____

Profession (profession des parents pour un enfant) : _____

Demande à adhérer à l'Association pour la Diffusion du Neurofeedback en France (ADNF).

L'adhésion implique le respect des statuts et du règlement intérieur qui peuvent être consultés sur Internet à l'adresse www.adnf.org.

En adhérant à l'ADNF, mes objectifs sont les suivants : _____

Il est impératif de signaler dans la rubrique ci-dessus tout séjour actuel ou passé en hôpital psychiatrique.

Mon adhésion est parrainée par un autre membre ou ex-membre de l'association (facultatif) :

Nom / Prénom : _____

Tél. : _____

Je souhaite adhérer en tant que :

Membre actif (cotisation de 30€) Membre bienfaiteur (cotisation de 60€ ou plus : ____ €)

La cotisation de membre bienfaiteur est suggérée à partir de la deuxième année pour les personnes aisées lorsque les séances de neurofeedback ont donné satisfaction.

Je réglerai la cotisation à réception de l'agrément de mon adhésion.

Date et signature :

Pour les mineurs de moins de 18 ans (cochez la case :) ou les personnes sous tutelle (cochez la case :)
signature du représentant légal :

Nom / Prénom : _____

Tél. : _____

Date et signature :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion et font l'objet d'un traitement informatique. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Bulletin à retourner à : ADNF – 1 village de Fontariol – 03240 Le Theil