

# Bulletin d'adhésion à l'ADNF v3.6

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 : \_\_\_\_\_

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](http://www.adnf.org).  
L'adhésion est soumise à l'agrément du Conseil de Direction de l'association.

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_€)

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 :

Bulletin à retourner accompagné de votre règlement à :  
*ADNF – 143 impasse Champs des Tiers – 03240 Le Theil*

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.