

CDTHED : Adhésion / Renouvellement

MADAME, MONSIEUR :

ADRESSE POSTALE PRÉCISE :

Téléphone (Fixe) : (Mobile) :

Courriel (**ÉCRIRE EN MAJUSCULES D'IMPRIMERIE — MERCI !**) :**=> J'adhère au CDTHED en versant ma cotisation** (on paye une première cotisation au moment de l'adhésion, c'est-à-dire maintenant, et puis ensuite chaque année en janvier.) :

- Cotisation minimale : 15 €
- Cotisation + Soutien : 20 € 30 € 40 € ou plus

Date, Signature :**Renseignements facultatifs :**

PROFESSION : (Si vous ne travaillez pas, vous pouvez

préciser : allocataire, pensionné, retraité, demandeur d'emploi, etc.). ANNÉE DE NAISSANCE :

QUALITÉ : Personne handicapée Parent ou conjoint de handicapé Autres cas**NB :** Les informations contenues dans ce bulletin seront utilisées conformément à l'article 7 de la Loi du 6 janvier 1978. Vous pouvez accéder aux données vous concernant dans le fichier constitué et y apporter les modifications souhaitées. Le CDTHED refuse systématiquement de communiquer les noms de ses adhérents à qui que ce soit (institution, organisme social, etc.).**Bulletin à retourner, avec le règlement (chèque à l'ordre du CDTHED), à :**
CDTHED — 4 place des Jacobins — 38130 ÉCHIROLLES