

Bulletin à remplir et à nous retourner

Nom et prénom :

Adresse postale précise :

.....

.....

.....

Téléphone :

Courriel (Merci d'écrire en majuscules d'imprimerie) :

Renseignements facultatifs (à seule fin de mieux vous connaître) :**Profession :** (Si vous ne travaillez pas, vous pouvez préciser : allocataire, pensionné, retraité, demandeur d'emploi, etc.). **Année de naissance :****Qualité :** Personne handicapée Parent(e) ou conjoint(e) de personne handicapée Autres cas (« valides »...)

==> **J'accepte que mes données personnelles soient recueillies et conservées en vue de tenir à jour le fichier des adhérents du CDTHED.** Ces informations seront utilisées conformément aux dispositions du Règlement Général de Protection des Données. Je pourrai accéder aux données me 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 (institutions, organismes sociaux, etc.).

OUI NON

==> **Si ce n'est pas déjà fait, je verse ma cotisation 2020 au CDTHED par chèque à l'ordre du CDTHED ou par virement (nous contacter pour les renseignements nécessaires)**

• Cotisation minimale : 15 €• Cotisation + Soutien : 20 € 30 € 40 € ou plusDate, Signature :