

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 : 10 €• Cotisation + Soutien : 15 € 20 € 30 € ou plusDate, 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 PH Autres cas

NB : *Les informations contenues dans ce bulletin seront utilisées conformément au Nouveau Règlement Général pour la Protection des Données. 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