

Bulletin d'adhésion

Flash Our True Colors



NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :

EMAIL :

TÉLÉPHONE :

En prenant mon adhésion je reconnais les valeurs de lutte contre les discriminations en particulier faites aux personnes LGBTQIA+ mais aussi la lutte contre les discriminations au sens large défendues par l'association Flash Our True Colors et stipulées dans ses statuts. Je m'engage à respecter ses valeurs et à ne pas avoir de comportement discriminant.

Veuillez écrire ci-contre "Lu et approuvé" si vous vous engagez à respecter les valeurs citées ci-dessus.	
---	--

MONTANT DE L'ADHÉSION:

15,00€ 10,00€ (sur présentation d'un justificatif) autre : _____ € (avec approbation du bureau)

MOYEN DE PAIEMENT : Chèque Espèces

ADHÉSION PRISE POUR L'ANNÉE : 20 __ __

Votre adhésion expire à la fin de l'année civile indiquée ci-dessus

- J'autorise l'association Flash Our True Colors à m'informer par SMS de tout événement la concernant.
- J'autorise l'association Flash Our True Colors à m'informer par Email de tout événement la concernant.
- J'autorise l'association à publier des photos de moi dans un cadre associatif sur les réseaux sociaux et les supports de communication de l'association afin de donner de la visibilité à ses actions.

Toute adhésion doit être validée par le conseil d'administration, celui-ci n'a pas à motiver les refus d'adhésion.

FAIT À _____ LE __ / __ / 20 __ __

SIGNATURE

NOM :

PRÉNOM :

A BIEN ÉTÉ PAYÉ LA COTISATION D'ADHÉSION EN 20 __ __

le __ / __ / 20 __ __

SIGNATURE DU BUREAU

