

## Adhérent(e)

Nom		Prénom	
Adresse			
Code Postal		Ville	
Tel fixe		Tel portable	
Mail			

## Cotisation (\*)

Montant de **65,00 €** à régler à l'ordre de : « **Apei de Laon** »

Mode de paiement	Par chèque	<input type="checkbox"/>	Espèces	<input type="checkbox"/>	Virement en date du :
------------------	------------	--------------------------	---------	--------------------------	-----------------------

## Lien avec la personne en situation de handicap (\*)

Parent	<input type="checkbox"/>	Frère/Sœur	<input type="checkbox"/>	Ami(e)	<input type="checkbox"/>	Autre, (Préciser)	
--------	--------------------------	------------	--------------------------	--------	--------------------------	-------------------	--

Structure d'accueil : ☐ IME / ☐ ESAT / ☐ Foyer Hébergement / ☐ CAJ / ☐ Foyer de Vie / ☐ MAS / ☐ EAM (FAM) / ☐ SAVS

*Nota : une attestation ouvrant droit à une déduction fiscale vous sera adressée.*

Les renseignements complémentaires ci-dessous nous permettent d'apporter des précisions à l'Udaf – Union Départementale des Associations Familiales de l'Aisne dont nous sommes adhérents. Ces données sont utilisées dans le respect des lois et réglementations applicables en la matière et notamment la Loi Informatique et Libertés et le Règlement européen sur la protection des données.

## Situation Familiale (\*)

Marié(e)	<input type="checkbox"/>	Divorcé(e)	<input type="checkbox"/>	Veuf(ve)	<input type="checkbox"/>	Célibataire	<input type="checkbox"/>	Concubin(e)	<input type="checkbox"/>	Monoparental(e)	<input type="checkbox"/>	Pacsé(e)	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------	--------------------------

## Conjoint(e)

Nom		Prénom	
-----	--	--------	--

## Enfant(s)

NOM	Prénom	Date de naissance	En situation de handicap OUI - NON

(\*) mettre une croix dans la case correspondante à votre situation.

Signature :

Date :

Des données sensibles (données de santé) au sens de la réglementation applicable peuvent être traitées notamment lorsqu'elles sont nécessaires :

- à la constatation, à l'exercice ou à la défense d'un droit;
- ou aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres au responsable du traitement ou à la personne concernée en matière de droit de l'action sociale, de la sécurité sociale et de la protection sociale.

Les données traitées sont destinées aux personnes habilitées du responsable de traitement, ainsi qu'à ses partenaires et prestataires, dans la limite nécessaire à l'accomplissement des tâches qui leur sont confiées.

Dans les conditions définies par les lois et réglementations applicables, notamment, la Loi Informatique et libertés et le Règlement européen sur la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant, de rectification, d'interrogation, de limitation, de portabilité, d'effacement.

Vous disposez également d'un droit de vous opposer à tout moment, pour des raisons tenant à votre situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel ayant comme base juridique l'intérêt légitime de votre association, ainsi que d'un droit d'opposition à la prospection commerciale.

Vous disposez également du droit de définir des directives générales et particulières définissant la manière dont vous entendez que soient exercés, après votre décès, les droits mentionnés ci-dessus par courrier électronique à l'adresse suivante : [secretariat@apeilaon.fr](mailto:secretariat@apeilaon.fr), accompagné d'un justificatif d'identité.

Enfin, vous disposez du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.