



BULLETIN D'ADHESION 2024-2025

3 rue du Palais
40100 DAX
☎ : 05 58 74 31 67
✉ : acd40@outlook.fr

L'ADHERENT

* Données obligatoires

Prénom* :	<input type="text"/>	Nom* :	<input type="text"/>
E-mail * :	<input type="text"/>	Tél Fixe: <input type="text"/>	Mobile : <input type="text"/>
Sexe* :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance* :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
Code Postal* :	<input type="text"/>	Ville* :	<input type="text"/>
Profession :	<input type="text"/>		
La personne à contacter en cas d'urgence est :	<input type="text"/>	N° de téléphone :	<input type="text"/>

DONNEES PERSONNELLES

Finalités du traitement : ces données sont recueillies en vue de tenir à jour notre fichier d'adhérents et en aucun cas ces données ne seront cédées ou vendues à des tiers. **Droits d'accès et de rectification** : vous pouvez, en vertu du Règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD), en vigueur depuis le 25/05/2018, avoir accès aux données vous concernant ; vous pouvez demander leur rectification et leur suppression. Ces démarches s'effectuent auprès du secrétariat via l'adresse **acd40@outlook.fr** ou par courrier postal à l'adresse suivante : ACD, Délégué à la Protection des données, 3 rue du Palais - 40100 DAX

Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiées et diffusées à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo, etc.) sans avoir le droit à une compensation (cession de droit à l'image).

Extrait du règlement intérieur:

Tout départ **volontaire** de l'association ne donnera lieu à aucun remboursement des cotisations.
L'adhésion à l'ACD et la cotisation relative à l'atelier resteront acquises à l'ACD, y compris les acomptes à échoir.

Toutefois, des raisons indépendantes de la volonté de l'adhérent (maladie grave, accident, mutation.....) pourront conduire l'ACD à rembourser une partie des sommes encaissées. Pour cela, une demande écrite et justifiée sera transmise à l'ACD pour examen.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter le statut et le règlement intérieur de l'ACD.

*Signature obligatoire de l'adhérent ou de son/ses
représentants légaux*

A,

le :

ACTIVITES

Le plein tarif est pratiqué pour l'activité la plus chère. Une réduction de 20% est appliquée sur le tarif de chaque activité supplémentaire.

Une réduction de 40% est appliquée sur le tarif de chaque activité pour les bénéficiaires des minimas sociaux (RSA - sur justificatif et étude du dossier).

ACTIVITES CHOISIES	JOURS ET HORAIRES	Montant	%	Réductions*	Montant dû

ADHESION

ADHESION	RECAPITULATIF	MONTANT
Adultes (Plus de 18 ans) 40€ Enfants, Adolescents et Jeunes Adultes (Moins de 18 ans) 22€ Etudiants (Entre 18 et 27 ans) 22€ Couples et Familles (Minimum 2 Membres) 60€ Bénéficiaires des Minimas Sociaux (RSA) 15€ Occasionnels & Curistes 10€ Stages 5€ Animateur atelier ACD intervenant toutes les semaines à titre bénévole : 1€	Adhésion	
	Activités	
	Total dû	

PAIEMENT

PAR CHEQUE:

- Option 1: règlement de la totalité à l'inscription.
- Option 2: règlement en 3 chèques: le 1er à l'inscription, le 2ème et 3ème : le 10 des 2 mois suivant à l'inscription. (renseignements au secrétariat)

PAR VIREMENT BANCAIRE: Virèment de la totalité à l'inscription. RIB ci-dessous:

CODE BANQUE	CODE GUICHET	NUMERO DE COMPTE	CLE RIB
10907	00400	00020202122	77

IBAN : FR76 1090 7004 0000 0202 0212 277
 Adresse SWIFT (BIC) : CCBPFRPPBDX

Chèque n°/ Virement	Titulaire du compte et nom de l'adhérent	Banque	Montant

Je, soussigné(e), M. ou Mme

certifie être le représentant légal de

Veuillez fournir les informations suivantes concernant les parents ou tuteurs légaux de l'enfant :

Parent ou tuteur légal 1Parent ou tuteur légal 2

Nom et Prénom :

Nom et Prénom :

Téléphone :

Téléphone :

E-mail:

E-mail:

mon enfant à quitter les locaux de l'ACD ou de l'OBSERVATOIRE sans accompagnant.

J'autorise

l'ACD à utiliser l'image et la voix de mon enfant ainsi que les miennes dans le cadre des articles et parutions qui pourront être faits.

cocher les cases

les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.

**POUR L'ATELIER ASTRONOMIE UNIQUEMENT : mon enfant à assister aux activités de l'atelier
Astronomie dans les locaux de l'observatoire de jour comme de nuit**

à venir chercher mon enfant à la fin du cours dans la salle d'accueil de l'ACD.

à prévenir le secrétariat de l'ACD au 05.58.74.31.67 ou par email acd40@outlook.fr pour toute absence ou tous problèmes éventuels.**Je m'engage :**

à respecter les statuts et le règlement intérieur disponibles sur le site de l'ACD qui me seront opposables tout au long de l'adhésion de mon enfant.

POUR L'ATELIER THEATRE UNIQUEMENT :

à veiller à ce que le mineur suive les cours de théâtre-impro avec assiduité et régularité, et à l'y conduire ou l'y faire conduire.

participer aux spectacles lorsqu'il s'y est engagé.

Fait à**le :****ENGAGEMENT MORAL DU MINEUR**

Je soussigné(e) ci-dessus nommé(e) au paragraphe "adhérent" m'engage à assister avec régularité et assiduité aux cours de théâtre/impro dispensés par José et à participer aux spectacles si je m'y suis expressément engagé auprès de José.

Je suis conscient du fait que mon absence aux spectacles alors que je m'y suis engagée(e) impacterait lourdement le bon fonctionnement et le succès de la représentation.

Fait à**le :****Signature du mineur**