

Cher(e) Membre, votre adhésion est un encouragement pour l'équipe France Alzheimer Var.

Nous mettons tout en œuvre pour lutter contre l'isolement, informer sur les aides et la maladie et pérenniser nos actions auprès des familles touchées par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Nous vous remercions de votre confiance.

Arlette Marrone, Présidente

Nom et Prénom _____
 Nom de l'établissement (pour la cotisation « Personne Morale ») _____
 Adresse _____
 CP _____ Ville _____
 Téléphone fixe _____ Téléphone portable _____
 Mail _____

Nom et Prénom de la 2^{ème} personne (pour la cotisation « Famille ») _____
 Adresse (si différente) _____

Si cette 2^{ème} personne est une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, merci de préciser s'il s'agit de votre ☐ Conjoint(e) / Concubin(e) | ☐ Père / Mère | ☐ Frère / Sœur
☐ Grand-père/Grand-mère | ☐ Autre

Choix de la cotisation et/ou du don :

- ☐ Cotisation « Classique » **Membre Adhérent** : 34 €
- ☐ Cotisation « Famille » **Membres Couple** : 50 €
- ☐ Cotisation « Personne morale » **Etablissement** : 58 €
- ☐ Cotisation **Membre Bénévole** : 8 € (uniquement pour les bénévoles de l'association)
- ☐ Don libre : _____ €



Soit la somme totale de _____ € ☐ **En espèces**
☐ **Par chèque** à l'ordre de France Alzheimer Var
☐ **Par virement** à l'ordre de France Alzheimer Var
☐ **Par carte bancaire** via le site 

Un reçu permettant la déduction fiscale autorisée vous sera délivré en janvier 2026.

Politique de confidentialité : en signant ce document, vous acceptez que France Alzheimer Var mémorise et utilise vos coordonnées. En l'occurrence, vous autorisez l'association à vous informer des dernières actualités, des actions et des appels aux dons via vos coordonnées renseignées dans ce formulaire. France Alzheimer Var ne transmettra pas, ne vendra pas, ne louera pas ou n'échangera pas vos données collectées avec des tiers (association ou entreprise) sauf à l'Union Nationale des Associations France Alzheimer pour rendre votre adhésion effective. Vos données seront effacées au bout de 3 ans maximum. **Cependant en application du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations vous concernant en vous adressant à notre association par courrier postal.**

Je reconnais avoir lu **la politique de confidentialité**. J'ai compris et je l'accepte ☒
 Je recevrai les **activités départementales** mensuelles et **hebdomadaires** par mail ☒
 La somme de 8€ sera versée à l'Union France Alzheimer et je recevrai la revue nationale « **Contact** » ☒

Droit à l'image (autorisation de fixation, de reproduction et diffusion d'images) : en signant ce document, vous acceptez que France Alzheimer Var vous filme et/ou photographie. Votre image, ainsi que celle de la personne que vous représentez, pourra figurer sur des films et/ou des photographies pour communiquer et promouvoir les actions de l'association France Alzheimer Var et lui permettre de récolter des dons. La présente autorisation est consentie sans aucune contrepartie financière ou matérielle. Elle est délivrée à titre gratuit pour une période de 8 ans à compter de la signature du présent document. **Vous êtes informé de votre droit à retirer votre autorisation à tout moment par courrier recommandé avec accusé de réception.**

Je reconnais avoir lu **le droit à l'image**. J'ai compris et j'accepte ☐ Je refuse ☐

Date : _____

Signature obligatoire :