

Association Potentiel 6-8, Bd du Docteur Roux 77000 MELUN

NOM Prénom

Adresse

Code Postal Commune

Téléphone : Domicile : Portable

E-mail

ADHESION: 30 euros + COTISATION : €.

| au trimestre | Chèque N° | Montant |
|--------------|-----------|---------|
| trimestre 1 | |€ |
| trimestre 2 | |€ |
| trimestre 3 | |€ |
| ou à l'année | |€ |

S'INSCRIT : en atelier libre

avec animatrice

jour

.....

horaireh àh

.....h àh

Pour nos statistiques, merci de bien vouloir remplir les cases ci-dessous :

Age - de 18 ans 18 à 30 ans 30 à 60 ans + de 60 ans
Domicile Melun Nord Melun Sud Agglomération Hors Agglomération

A remplir uniquement par les nouveaux adhérents

Comment avez-vous connu l'Association Potentiel ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> par la mairie | <input type="checkbox"/> par un(e) ami(e) |
| <input type="checkbox"/> lors de la journée du Forum des associations | <input type="checkbox"/> par un prospectus |
| <input type="checkbox"/> en consultant le site internet de l'association | <input type="checkbox"/> autres moyens à préciser |
| <input type="checkbox"/> au stand de l'association sur le marché Céramiques sur Seine | |

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)

Adresse:

Code postal: Ville:

autorise l'Association POTENTIEL située Bd du Docteur Roux à MELUN à me photographier et filmer dans le cadre des différents événements que l'association organise (rakus, expositions, Céramiques sur Seine, travail dans l'atelier). J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image pour la promotion de l'association notamment sur le site internet de l'association, et ce sans limitation de durée même dans le cas où je cesse d'adhérer à l'association. En conséquence, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de POTENTIEL qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité.

Date Signature >

