



# FICHE D'ADHESION 2019

À imprimer puis à envoyer à  
Nadine Dausse, 32 rue des MOINEAUX, 47480 PONT DU CASSE

**NOM :**

**PRENOM :**

**ADRESSE :**

**Code postal :**

**Commune :**

**Téléphone fixe :**

**Téléphone mobile :**

**Courriel:**

**Site internet:**

L'adhésion à "La Salicaire" est individuelle et valable pour l'année (1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre).  
Elle permet de participer à toutes les activités.

**Montant de la cotisation d'adhésion : 15 euros.**

**J'adhère à "La Salicaire" et je reçois le bulletin par courriel:**

je joins un chèque de 15 €

**J'adhère à "La Salicaire" et je reçois le bulletin par courrier postal:**

je joins un chèque de 20 € (15€+5€)

J'accepte que soient communiqués aux autres adhérents par l'intermédiaire du Bulletin de liaison trimestriel et sur le site Internet :

<b>Nom</b>	<b>Adresse</b>	<b>Téléphone</b>	<b>Mobile</b>	<b>E-mail</b>
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

J'accepte d'ouvrir mon jardin aux adhérents de La Salicaire oui  non

Si oui, pour des visites de groupes oui   
pour des visites individuelles, sur rendez-vous oui

Si vous acceptez d'ouvrir votre jardin aux autres adhérents de La Salicaire, pouvez-vous préciser le ou les mois qui présentent le plus d'intérêt pour une visite?

Janvier	<input type="checkbox"/>	Mai	<input type="checkbox"/>	Septembre	<input type="checkbox"/>
Février	<input type="checkbox"/>	Juin	<input type="checkbox"/>	Octobre	<input type="checkbox"/>
Mars	<input type="checkbox"/>	Juillet	<input type="checkbox"/>	Novembre	<input type="checkbox"/>
Avril	<input type="checkbox"/>	Août	<input type="checkbox"/>	Décembre	<input type="checkbox"/>

J'accepte de communiquer, pour un usage interne, des données personnelles à l'Association La Salicaire.

à

le

SIGNATURE