



40 rue du Ménez  
29500 ERGUE-GABERIC  
autismecornouaille2019@gmail.com

## BULLETIN D'ADHESION

Nom : Prénom :  
Adresse :  
Téléphone :  
Mail :

### Vous êtes :

- ☐ une personne avec autisme. Pouvez-vous préciser votre âge et votre situation : .....
- ☐ aidant d'une personne autiste. Pouvez-vous préciser l'âge et la situation de cette personne : .....
- ☐ professionnel. Pouvez-vous préciser votre profession : .....
- ☐ autre. Pouvez-vous préciser : .....

### Vous souhaitez :

- ☐ adhérer à l'association Autisme Cornouaille et verser votre cotisation pour l'année en cours.  
Le montant de la cotisation est de 20 €, payable par chèque, espèces ou virement bancaire (entourez la mention choisie)
- ☐ faire un don de ..... € et être adhérent

*Association reconnue d'utilité publique par décret du 7/04/04 publié au JO du 15/04/04*

### Autorisation du droit à l'image (Article 9 du code civil)

Je soussigné(e),

- ☐ donne aux membres de l'association Autisme Cornouaille.
- ☐ ne donne pas aux membres de l'association Autisme Cornouaille

l'autorisation de photographier, de filmer et de publier, d'exposer ou de diffuser les photos ou films me représentant ou représentant la (les) personnes(s) avec autisme dont je suis aidant pour les usages suivants : support vidéo ou photo à destination de l'association ou de ses réseaux sociaux.

Fait à ....., le .....

Signature de l'adhérent :