

BULLETIN D'ADHÉSION À VOIR ENSEMBLE

Je soussigné(e) :

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____@_____

Adhère à Voir Ensemble pour l'année 2026.

Le montant de l'adhésion annuelle est de 30 €.

Vous adhérez pour : _____

Vous êtes :

Non-voyant(e) ☐

Malvoyant(e) ☐

Voyant(e) ☐

Mode de lecture

Noir ☐ Grands caractères ☐

Braille intégral ☐

Braille abrégé ☐

☐ **Autorise Voir Ensemble à utiliser mon image fixée sur des photographies ou vidéos prises par l'association et à l'utiliser dans la communication institutionnelle (revue nationale, newsletter, site internet, réseaux sociaux). Cette autorisation est valable pendant la durée de l'adhésion augmentée de 10 ans.**

Signature :

Ce formulaire est à envoyer à l'adresse du groupe accompagné de votre règlement par chèque à l'ordre de : « VOIR ENSEMBLE ».

Les données recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement par Voir Ensemble afin de poursuivre son intérêt légitime à recevoir votre adhésion. Ces données sont conservées pendant la durée de l'adhésion augmentée de 3 ans. Elles ne sont transmises qu'aux seules personnes en charge du traitement de votre adhésion. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou encore exercer votre droit d'opposition ou de limitation du traitement. Pour exercer vos droits, pouvez contacter l'association à l'adresse suivante : courrier@voirensemble.asso.fr.

Vous avez également le droit d'adresser une réclamation à la CNIL.