



Bulletin d'adhésion

Association relevant de la loi du 1^{er} juillet 1901

Nom et prénoms _____

Adresse postale _____

Adresse mail _____

Numéro de téléphone fixe _____

Numéro de téléphone portable _____

Année de l'adhésion (1) _____

Montant de l'adhésion : 20 € pour les adhérents de Thorigné-Fouillard, 30 € pour les adhérents des autres communes.

Je soussigné(e), déclare :

Avoir lu et accepté le règlement intérieur du CITF (statuts et règlement intérieur consultables et imprimables sur le site du CITF) ;

Accepter que les informations recueillies sur le présent formulaire soient utilisées par le CITF dans le cadre exclusif de sa relation avec ses adhérents conformément au RGPD (Règlement Général de Protection des Données en vigueur depuis le 25 mai 2018). Dans ce cadre je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant auprès du secrétariat.

Date et signature :

(1) L'exercice social du CITF commence le 1^{er} septembre et se termine le 31 août de l'année suivante

Important : merci d'indiquer dans ce cadre votre version de Windows (10 ou 11) :