

**ADHÉSION FAMILLE** : sur demande auprès de l'Enseignant ou de l'AFYI et à partir de deux personnes par famille (**même adresse**).

**Tarif plein (30 €)** pour la première personne et **tarif réduit (12,50 €)** par personne supplémentaire.

Un seul numéro d'adhérent, une seule revue Yogasara et un seul envoi de courrier pour tous. Chacun peut voter en AG.

Chaque membre de la famille doit signer le bulletin.

 <p><b>yoga</b> IYENGAR® FRANCE</p>	 <p>Association Française de Yoga IYENGAR® 83, boulevard de Magenta 75010 Paris +33 (0)1 45 05 05 03 contact@afyi.fr www.afyi.fr</p>	<p><b>BULLETIN D'ADHÉSION</b></p> <p><b>FAMILLE</b></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

<p><b>Année 2019/2020</b> (du 01/09/2019 au 31/08/2020)</p>	<p>Numéro d'adhérent :</p>
-------------------------------------------------------------	----------------------------

Le présent bulletin d'adhésion fait partie intégrante d'un contrat d'assurance Groupe souscrit par l'Association Française de Yoga IYENGAR®

<p><b>1</b></p> <p>Mme <input type="checkbox"/></p> <p>M. <input type="checkbox"/></p>	<p>* NOM :</p> <p>* Prénom :</p> <p>* Email OBLIGATOIRE :</p> <p>Téléphone portable :</p>	<p>* Date de naissance</p> <p><i>(obligatoire pour l'assurance)</i></p> <p>__ / __ / ____</p>
<p><b>2</b></p> <p>Mme <input type="checkbox"/></p> <p>M. <input type="checkbox"/></p>	<p>* NOM :</p> <p>* Prénom :</p> <p>* Email OBLIGATOIRE :</p> <p>Téléphone portable :</p>	<p>* Date de naissance</p> <p><i>(obligatoire pour l'assurance)</i></p> <p>__ / __ / ____</p>
<p><b>3</b></p> <p>Mme <input type="checkbox"/></p> <p>M. <input type="checkbox"/></p>	<p>* NOM :</p> <p>* Prénom :</p> <p>* Email OBLIGATOIRE :</p>	<p>* Date de naissance</p> <p><i>(obligatoire pour l'assurance)</i></p> <p>__ / __ / ____</p>
<p><b>4</b></p> <p>Mme <input type="checkbox"/></p> <p>M. <input type="checkbox"/></p>	<p>* NOM :</p> <p>* Prénom :</p> <p>* Email OBLIGATOIRE :</p>	<p>* Date de naissance</p> <p><i>(obligatoire pour l'assurance)</i></p> <p>__ / __ / ____</p>
<p><b>5</b></p> <p>Mme <input type="checkbox"/></p> <p>M. <input type="checkbox"/></p>	<p>* NOM :</p> <p>* Prénom :</p> <p>* Email OBLIGATOIRE :</p>	<p>* Date de naissance</p> <p><i>(obligatoire pour l'assurance)</i></p> <p>__ / __ / ____</p>
<p>*Adresse complète : _____</p> <p>_____</p>		
<p>Téléphone fixe :</p>		
<p>Profession : <b>1</b> <span style="margin-left: 300px;"><b>2</b></span></p>		
<p>Nom de votre Enseignant de yoga : _____</p> <p><small>(ou Centre si vous l'ignorez)</small></p>		
<p>Cotisation : <input type="checkbox"/> Membres actifs Élèves : <b>30 € + 12,50 €</b> par personne supplémentaire</p>		
<p>Règlement : <input type="checkbox"/> Par virement bancaire</p> <p style="text-align: center;">Crédit Mutuel – CCM PARIS 17 ETOILE BIC CMCIFR2A IBAN FR76 1027 8060 4700 0333 1794 176</p> <p><input type="checkbox"/> Par chèque (soit: 42,50€ pour 2 / 55€ pour 3 / 67,50€ pour 4, ...) à l'ordre de l'AFYI</p> <p><input type="checkbox"/> En espèces</p>		
<p>Date et signatures : DATE : _____ SIGNATURES : _____</p>		

Conformément à la loi N.78.17 du 06/01/1978, nous vous informons que les personnes destinataires de ces informations sont le Président, le Secrétaire, le Trésorier, leurs adjoints, le personnel salarié de l'Association et l'assurance. Vous avez un droit d'accès et de rectification sur les données vous concernant. L'absence de renseignement obligatoire indiqué par un astérisque (\*) peut entraîner le refus de l'adhésion.