

BULLETIN D'ADHÉSION 2026



ADHÉRENT PRINCIPAL

NOM et prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Coordonnées téléphoniques :
Adresse géographique :
..... Commune de résidence :
Courriel :

VOTRE SITUATION (à cocher) - plusieurs choix possibles

- ☐ Aidant(e) familial ☐ Aidant(e) professionnel(le)
☐ Bénévole ☐ Soutien solidaire ☐ Proche concerné



DEUXIÈME ADHÉRENT DE LA MÊME FAMILLE (le cas échéant)

NOM prénom :
Lien de parenté :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Coordonnées téléphoniques :
Adresse géographique :
..... Commune de résidence :
Adresse courriel :

ADHÉSION*

JE BÉNÉFICIE DU SOUTIEN DE L'ASSOCIATION ET
JE PARTICIPE AUX ACTIONS :

- ☐ Adhérent principal (3 000 F)
☐ A partir du 2ème adhérent (1 000 F)

ET / OU

JE SOUTIENS L'ASSOCIATION

J'EFFECTUE UN DON DE :F

VERSEMENT TOTAL

ADHÉSION + DON

=F

- ☐ Espèces
☐ Chèque à l'ordre de :
"France Alzheimer Polynésie"
☐ Virement

IBAN : FR76 1746 9000 3122
4672 0000 027
BIC : SOCBPFTXXX

Bulletin à retourner à :
contact987@francealzheimer.org

Le règlement intérieur et les statuts sont accessibles sur notre page Facebook "France Alzheimer Polynésie" (rubrique "A propos" et "Confidentialité et informations juridiques"). La cotisation versée donne le droit d'être membre de l'Association pour l'exercice qui se termine le 31 décembre de l'année, quelle que soit la date de son versement.

*Les personnes rencontrant des difficultés financières peuvent, sur demande, bénéficier d'un paiement échelonné en 3 fois. Cette demande sera étudiée avec bienveillance et confidentialité.

PERSONNE CONCERNÉE PAR LA MALADIE D'ALZHEIMER OU MALADIES APPARENTÉES

(le cas échéant)

Les informations ci-dessous sont recueillies à des fins statistiques et afin d'adapter nos actions aux besoins des familles.

Niveau de besoin d'accompagnement : ☐ Faible ☐ Modéré ☐ Important

Commune de résidence (si différente) :

AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE

Dans le cadre de ses activités (ateliers, réunions, événements, actions de sensibilisation), France Alzheimer Polynésie peut être amenée à réaliser des photographies ou des vidéos.

☐ J'autorise France Alzheimer Polynésie à utiliser mon image (photos et/ou vidéos), à titre gratuit, pour ses supports de communication (site internet, réseaux sociaux, brochures, rapports d'activité, presse).

☐ Je n'autorise pas l'utilisation de mon image.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (RGPD)

Les données recueillies sont utilisées exclusivement pour la gestion des adhésions, le suivi des bénéficiaires des actions de l'association, l'établissement de statistiques anonymisées, les obligations de reporting et demandes de financement.

Elles sont traitées dans le respect de la réglementation en vigueur et conservées pendant la durée de l'adhésion.

☐ Je reconnais avoir pris connaissance de ces informations et les accepter.

Fait à, le

Signature de l'adhérent principal :

Signature du second adhérent
(le cas échéant) :

NOUS CONTACTER



87 35 50 19



contact987@francealzheimer.org



France Alzheimer
Polynésie

BULLETIN D'ADHÉSION 2026 complémentaire

ADHÉRENT PRINCIPAL

NOM et prénom :

Fait à, le



TROISIEME ADHÉRENT DE LA MÊME FAMILLE (le cas échéant)

NOM et prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Coordonnées téléphoniques :

Adresse géographique :

.....Commune de résidence :

Courriel :

Signature du troisième adhérent :
(le cas échéant)



QUATRIEME ADHÉRENT DE LA MÊME FAMILLE (le cas échéant)

NOM prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Coordonnées téléphoniques :

Adresse géographique :

.....Commune de résidence :

Adresse courriel :

Signature du quatrième adhérent
(le cas échéant) :



CINQUIEME ADHÉRENT DE LA MÊME FAMILLE (le cas échéant)

NOM et prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Coordonnées téléphoniques :

Adresse géographique :

.....Commune de résidence :

Courriel :

Signature du cinquième adhérent
(le cas échéant) :



SIXIEME ADHÉRENT DE LA MÊME FAMILLE (le cas échéant)

NOM prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Coordonnées téléphoniques :

Adresse géographique :

.....Commune de résidence :

Adresse courriel :

Signature du sixième adhérent
(le cas échéant)

NOUS CONTACTER



87 35 50 19



contact987@francealzheimer.org



France Alzheimer
Polynésie