

BULLETIN D'ADHÉSION 2026

(Écrire de préférence en lettres capitales si réponse manuscrite)

NOM - Prénom	
Adresse	
e-mail	
Téléphone	

Adhésion à l'association (1 ^{er} janvier au 31 décembre)	<input type="checkbox"/>	Je souhaite adhérer à l'ALDSM pour un montant de 25€ <i>Le certificat d'adhésion sera transmis sur demande</i>
Abonnement Magazine « 6 Millions de Malentendants »	Le montant de l'abonnement (au tarif associatif réservé aux adhérents) est fonction de la date d'arrivée de votre demande	
	<input type="checkbox"/>	Avant le 14 avril 2026 : montant de 15€ (4 numéros)
	<input type="checkbox"/>	Entre le 14 avril et 11 juillet 2026 : montant de 12,5 € (3 numéros)
	<input type="checkbox"/>	Entre le 14 juillet et 13 octobre 2026 : montant de 9,5 € (2 numéros)
Don	<input type="checkbox"/>	Après le 13 octobre 2026 : montant de 5 € (1 numéro)
	<input type="checkbox"/>	Je souhaite soutenir l'association en faisant un don de € <i>Une attestation de don vous sera envoyée</i>

MODALITÉS DE PAIEMENT

(LE VIREMENT BANCAIRE EST À PRIVILÉGIER)

<input type="checkbox"/>	VIREMENT BANCAIRE	veuillez mentionner le mot adhésion suivi de votre nom de famille sur l'ordre de virement et nous adresser ce bulletin d'adhésion complété par mail à l'adresse suivante : tresorerie@aldsm.fr	
	IBAN : FR1920041010070299444F03 801	BIC : PSSTFRPPLYO	
<input type="checkbox"/>	CHÈQUE BANCAIRE	<i>Uniquement si difficulté ou impossibilité par virement bancaire, alors paiement par chèque</i>	
	Envoyez par courrier chèque (au nom de l'ALDSM) et bulletin complétés à l'adresse suivante : ALDSM chez Locaux Motiv' - 10 bis rue Jangot - 69007 LYON		

Toutes les informations communiquées restent strictement confidentielles.

Droit RGPD : Je reconnais avoir été informé.e de mon droit d'accès, de rectification et d'effacement des informations ainsi collectées qui feront l'objet d'un traitement informatique, conformément à la loi «informatique et libertés» du 06/01/1978 modifiée et au règlement européen n° 216/679/UE du 27/04/2018. Ce droit s'exerce auprès des membres du bureau de l'association. Ces données seront conservées durant un an avant d'être détruites.

Date :

Signature :

Je suis :	<input type="checkbox"/> une femme	<input type="checkbox"/> un homme		
Ma tranche d'âge :	<input type="checkbox"/> moins de 20 ans	<input type="checkbox"/> 20 à 29 ans	<input type="checkbox"/> 30 à 39 ans	<input type="checkbox"/> 40 à 49 ans
	<input type="checkbox"/> 50 à 59 ans	<input type="checkbox"/> 60 à 69 ans	<input type="checkbox"/> 70 à 79 ans	<input type="checkbox"/> plus de 80 ans