

# Vous soutenir dans votre parcours ...

## Année 2016

Date d'adhésion :

### ➔ Identité :

M. Mme Mlle  
*(Rayer les mentions inutiles)*

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Age : \_\_\_\_ ans

Situation familiale : Célibataire, Divorcé(e), marié(e), veuf(ve), ..... Enfants  
*(Rayer les mentions inutiles)*

Situation Professionnel : .....

Photo d'identité

### ➔ Me contacter :

Adresse : .....

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : .....

Téléphone domicile : - - - - Téléphone portable : .....

Courriel : \_\_\_\_\_@.....

### ➔ Parcours médical :

- Opération :  Anneau gastrique  En parcours  
 Sleeve  Autres (.....)  
 By-pass Date : .....

Si vous souhaitez signaler un problème de santé particulier, vous pouvez le faire ici (asthme, épilepsie, Hémophilie, allergie, autres) : .....

### ➔ Adhérer :

- Je désire adhérer à l'association 3aco. J'ai pris connaissance du règlement intérieur et déclare l'accepter.  
 Je fais en Don de ..... € en Chèque, Espèce, autres.  
 Je souhaite devenir membre actif de l'association 3aco *(Sous concertation du Conseil d'Administration)*.  
 Et règle ma cotisation de 10€ *(Minimum)*.

### ➔ Autorisations :

- Souhaitez-vous que 3aco, prenne contact avec vous ?  Oui  Non  
 Aimerez-vous que 3aco, vient vous rendre visite durant votre hospitalisation ?  Oui  Non  
 Acceptez-vous que 3aco, vous photographie durant ses actions ?  Oui  Non  
 Souhaitez-vous recevoir la newsletter de 3aco ?  Oui  Non

Conformément à la loi informatique et liberté vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles vous concernant.  
 Pour cela écrire à [3aco.asso@gmail.com](mailto:3aco.asso@gmail.com)