



Année **2024/2025** (du 01/09/2024 au 31/08/2025)

Numéro
d'adhérent :

Civilité :	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	
* NOM :		* Date de naissance <i>(obligatoire pour l'assurance)</i>
* Prénom :		__ / __ / __
* Adresse complète :	<hr/> <hr/> <hr/>	
Téléphone :	Fixe	
	Portable	
* Email :	MAJUSCULE	
OBLIGATOIRE		
Profession :		
Nom de votre Enseignant de yoga : <i>(ou Centre si vous l'ignorez)</i>		
Cotisation :	<input type="checkbox"/> Membre actif Élève : 32 €	
Règlement :	<input type="checkbox"/> Par virement bancaire Crédit Mutuel – CCM PARIS 17 ETOILE BIC CMCIFR2A IBAN FR76 1027 8060 4700 0333 1794 176 <input type="checkbox"/> Par chèque de 32 € à l'ordre de l'AFYI	
(REÇU ÉDITÉ ET ENVOYÉ PAR EMAIL AUTOMATIQUEMENT)		
Date et signature :	DATE :	SIGNATURE :

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 et le personnel salarié de l'Association. 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.