



**POUR QUE CHAQUE ENFANT
PUISSE BÂTIR SON PROJET DE VIE**
MERCİ DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ET
DE NOUS LE TRANSMETTRE A
AGIR POUR L'ENFANT
7 Rue du Coteau 37300 Joué lès Tours



ADHERER A L'ASSOCIATION POUR L'ANNEE 2009

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Tél. : Mail : Recevoir des Mail : oui non

COTISATION ANNUELLE : Le montant de la cotisation annuelle est de 30 € pour le 1^{er} membre d'une famille et de 15 € pour les autres membres :

30 €^(*)

15 €^(*)



FAIRE UN DON POUR LA PRISE EN CHARGE DU SALAIRE D'UNE NOUNOU EN HAÏTI

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

Tél. : Mail : Recevoir des Mail : oui non

- Foyer de Sion Crèche Espoir des Petits Anges
 Crèche Nid des enfants de Marie Autres Actions d'Aide

Vous envisagez de faire un don :

- ponctuel de €^(*) trimestriel de €^(*)
 mensuel de €^(*) semestriel de €^(*) annuel de €^(*)

Mode de règlement :

- Virement Chèque libellé à l'ordre de AGIR POUR L'ENFANT Prélèvement (remplir la page suivante)



^(*) Un reçu fiscal vous sera adressé en 2010 pour vous permettre de déduire 66 % des sommes versées de vos impôts.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à AGIR POUR L'ENFANT.



N° National d'Emetteur
480894

AUTORISATION DE PRELEVEMENT POUR UN PARRAINAGE OU UN DON

Merci de compléter ce document et de nous le retourner accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal.

Vos Nom, Prénom et Adresse _____ _____ _____ _____	Nom et Adresse de l'établissement bancaire teneur de votre compte _____ _____ _____ _____
---	--

Compte à débiter			
Etablissement	Guichet	Numéro de Compte	Clé
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, le montant indiqué ci-après, ordonné par **AGIR POUR L'ENFANT**.

DESTINATION DES PRELEVEMENTS

Fait à : _____ le _____

Cochez votre choix :

Parrainage Don

MONTANT DES PRELEVEMENTS

SIGNATURE

Votre choix : _____ €^(*)

PERIODICITE DES PRELEVEMENTS

Cochez votre choix :

Mensuelle Trimestrielle Semestrielle Annuelle

Le prélèvement devra commencer le 5 du mois de : _____ et pourra être interrompu sur simple demande écrite de ma part.

(*) Un reçu fiscal vous sera adressé en 2010 pour vous permettre de déduire 66 % des sommes versées de vos impôts.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à AGIR POUR L'ENFANT