

**BULLETIN
D'ADHÉSION
2026***

UNE SOCIÉTÉ SOLIDAIRE ET BIENVEILLANTE OÙ
L'ÉPANOUISSEMENT DE CHAQUE PERSONNE EST POSSIBLE,
QUELS QUE SOIENT SON HANDICAP ET SES CHOIX

NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
CODE POSTAL : VILLE :
TÉLÉPHONE : @MAIL :

JE SUIS

- ☐ **RESIDENT** : NomEtablissement :
☐ Sous Curatelle de :
☐ Sous Tutelle de :
☐ **FAMILLE** : Nom du résidentEtablissement :
☐ **AUTRE** (Sympathisant, proche, ami...)

JE SOUHAITE

- ☐ Je désire devenir adhérent de Hapogys ☐ Je désire renouveler mon adhésion à Hapogys
☐ Cotisation : 48 € **ou** ☐ Cotisation : 15 € (personne accueillie par Hapogys)

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à disposition au siège de l'association. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours.

- ☐ Je souhaite m'investir dans un groupe de travail ou dans les actions menées par l'association

REGLEMENT

Montant :

- ☐ Espèces ☐ Chèque Bancaire N° : Banque :
☐ Virement bancaire sur le compte : « Hapogys »

Domiciliation : CAISSE D'EPARGNE AQUITAINE POITOU-CHARENTES

RIB : 13335 00301 08005313303 85 IBAN : FR76 1333 5003 0108 0053 1330 385

BIC : CEPFRPP333

*Conformément au Règlement européen Général sur la Protection des Données (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018, nous vous informons que vos données personnelles sont collectées lors du processus d'adhésion et de gestion de Hapogys. A ce titre, Hapogys s'engage à ne faire aucune communication extérieure des données collectées et à assurer la collecte de vos données uniquement pour les finalités déterminées par le traitement. Tout utilisateur dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition aux données personnelles le concernant, cela en effectuant une demande à dpo@hapogys.fr

Fait à

Le

Signature :