

Je demande mon adhésion à Promotion Santé Auvergne-Rhône-Alpes pour l'année en cours.

☐ Première adhésion ☐ Renouvellement

Prénom, NOM :

Adresse postale :

Adresse mail :

N° tel. :

Je suis : ☐ Actif / active ☐ Retraité(e)

Mes fonctions, responsabilités ou engagements en cours en lien avec la promotion de la santé :

J'accepte que mes coordonnées figurent dans la liste de diffusion interne des adhérents à Promotion Santé ARA afin de recevoir par mail les actualités de l'association : ☐ Oui ☐ Non

J'accepte d'être contacté(e) ponctuellement par un administrateur ou un salarié de PS ARA dans le cadre de mon adhésion : ☐ Oui ☐ Non

Date :

Signature :

Ce bulletin de demande d'adhésion doit être remis ou envoyé à l'association, signé et daté.

Pour l'année 2026, la cotisation est de 0 euros.

Article 4 des statuts : Pour devenir membre de Promotion Santé ARA, toute candidature doit être parrainée par deux membres adhérents et être agréée par le Conseil d'administration.

Merci de votre engagement