



FICHE DE MEMBRE

Adhésion annuelle de date à date : du ⁽¹⁾/...../..... au/...../.....

En adhérant à l'association, vous devenez membre associé

| (Cadre réservé à l'administration) | | Adhérent (Cadre réservé à l'administration) | |
|------------------------------------|---------|---|-------|
| Nouveau membre | OUI NON | Nom : | |
| Carte faite | OUI NON | Prénom : | |
| Reçu n° | | N° d'adhésion : | |
| Carnet n° | | | |

Nom :

Prénom :

Né(e) le : à :

Sexe : Féminin Masculin

Profession :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Email :@.....

Venez-vous consulter sur les conseils ou la demande de votre médecin, orthodontiste ou autre professionnel de santé ? oui / non Si oui, veuillez indiquer ses coordonnées :

Nom : Profession :

Adresse :

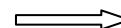
Documents à fournir :

- Fiche de membre remplie, datée, signée
- Deux photos d'identité par personne
- Votre règlement :

Espèces Chèque

**Tampon obligatoire de l'association
partenaire + présentation justificatif (licence)**

⁽¹⁾ A remplir par l'administration





ASSOCIATION LA CLINIQUE DU COE (loi 1901)

- Adhérent Individuel : **75 euros**
- Adhésions Membres d'une même famille : (en cas d'adhésion simultanée) :
 - 2^{ème} personne **50 euros**
 - 3^{ème} personne et plus **30 euros**
- Adhérents d'associations partenaires : **60 euros**
- Etudiants (-26 ans) : **60 euros**

1 reçu unique par adhésion (individuelle ou simultanée)

| | |
|--|---------|
| <i>Cadre réservé à l'administration</i> | |
| Cotisation réglée le : / / 20..... | |
| Montant : Euros | |
| Chèque | Espèces |

Article 14 du Règlement : La cotisation versée représente les frais d'adhésion annuelle à l'association, permettant de bénéficier gratuitement des consultations ostéopathiques, et ne constitue donc en aucun cas un paiement d'honoraires. La cotisation ne peut donc être soumise à aucun remboursement par une mutuelle ou assurance complémentaire santé. Le paiement de la cotisation donne lieu à un reçu qui ne constitue donc pas une facture d'honoraires. Le reçu est le seul document délivré, et aucun relevé ou attestation de dates de consultations ne sera délivré par ailleurs, pour quelque motif que ce soit.

Autorisation parentale

Je soussigné.....
agissant en ma qualité de père – mère – tuteur (*raier les mentions inutiles*)

Autorise

l'enfant : à
être suivi en consultation d'ostéopathie au sein de la Clinique Ostéopathique du COE.

Les mineurs doivent être accompagnés d'un adulte pendant toute la durée de la consultation (responsable légal ou représentant mandaté par écrit), sauf décharge du responsable légal, à compter du second rendez-vous.

Le / / 20.... à

Signature des parents, précédée de la mention : « Lu et approuvé » :

En application des décrets et arrêtés ministériels, pour les enfants de moins de six mois, une attestation de non contre indication à l'ostéopathie délivrée par un médecin ou une sage-femme est obligatoire.

Autorisation légale

Je soussigné, Mme / Mrdégage la Clinique Ostéopathique du COE et le Collège Ostéopathique Européen et leurs représentants, de toute responsabilité et déclare participer librement aux consultations pratiques de la clinique du COE dans le cadre de la formation en ostéopathie des étudiants du Collège Ostéopathique Européen.

Je reconnais avoir pris connaissance et accepter les règles de fonctionnement de l'association de la Clinique Ostéopathique du COE, affichées dans le hall d'accueil.

Le / / 20.... à

Signature, précédée de la mention : « Lu et approuvé » :