



bulletin d'adhésion

NOM _____

PRENOM _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

VILLE _____

TELEPHONE FIXE _____

TELEPHONE MOBILE _____

ADRESSE MAIL _____

FONCTION régisseur général régisseur adjoint auxiliaire régie

Je reconnais avoir pris connaissance des textes de l'association (statuts, règlement, charte) et en accepter pleinement les termes.

Je sollicite donc mon **adhésion** à l'AFR.

DATE _____

SIGNATURE _____

SIGNATURE DU PARRAIN #1 _____

SIGNATURE DU PARRAIN #2 _____

NOM :

NOM :

Adressez ce formulaire à l'adresse email suivante :

adhesion@afrcinetv.org

Il doit être accompagné des éléments suivants :

- Curriculum vitae,
- Lettre de motivation,

Le conseil d'administration de l'association statuera dans un délai de 30 jours après réception de votre requête.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au bureau de l'association.

ASSOCIATION FRANÇAISE DES RÉGISSEURS

% Film France – 9 rue du Château d'Eau – 75010 paris – contact@afrcinetv.org – www.afrcinetv.org