



## DEMANDE D'ADHÉSION

### ZAHTJEV ZA ČLANSTVO

Par la présente, je demande mon adhésion en tant que membre de l'association

Ovim putem podnosim zahtjev za prijem u članstvo asocijacije

- |                          |                                     |   |
|--------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>Membre actif</b><br>Aktivni član | <b>Cotisation minimale de 50€/mois par famille</b><br>Minimalna članarina od 50€/mjesec po porodici |
| <input type="checkbox"/> | <b>Membre</b><br>Član               | <b>Cotisation de moins de 50€/mois par famille</b><br>Članarina manja od 50€/mjesec po porodici.    |

Tous les membres ont le droit de vote lors de l'assemblée générale, tandis que seuls les membres actifs peuvent être candidats au comité.

Svi članovi imaju pravo glasa na godišnjoj skupštini, dok samo aktivni članovi mogu biti kandidati za odbor.

#### DONEES PERSONNELLES

##### LIČNI PODACI

<b>Nom</b> Prezime	<input type="text"/>	<b>Prénom</b> Ime	<input type="text"/>
<b>Nationalité</b> Nacionalnost	<input type="text"/>	<b>Date de naissance</b> Datum rođenja	<input type="text"/>

#### ADRESSE

##### ADRESA

<b>Numéro</b> Broj	<input type="text"/>	<b>Rue</b> Ulica	<input type="text"/>
<b>Code postal</b> Poštanski broj	L- <input type="text"/>	<b>Localité</b> Grad	<input type="text"/>

#### CONTACT

##### KONTAKT

<b>Numéro téléphone</b> Broj telefona	<input type="text"/>	<b>E-mail</b> E-mail adresa	<input type="text"/>
--	----------------------	--------------------------------	----------------------

Je déclare payer une cotisation de  
Izjavljujem da ću plaćati članarinu u iznosu od

50 EUR

EUR par mois / mjesečno

Mode de payment

Način plaćanja

Cash / Gotovina

Virement / Bankovni transfer

Fondation Waqf



## DEMANDE D'ADHÉSION

### ZAHTJEV ZA ČLANSTVO

#### MEMBRES DE LA FAMILLE

#### ČLANOVI PORODICE

	<b>Nom</b> Prezime	<b>Prénom</b> Ime	<b>Année de naissance</b> Godina rođenja
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**En signant ce formulaire, je donne mon consentement pour que mes données personnelles soient collectées via ce formulaire et j'accepte le règlement interne de l'association.**

Potpisujući ovaj formular, dajem svoju saglasnost da se moji lični podaci prikupe putem ovog formulara i prihvatam interni pravilnik asocijacije.

**Lieu**  
Mjesto

**Date**  
Datum

**Signature**  
Potpis