

## Cette association est la mienne !

Créée en 1959 pour répondre aux besoins d'accueil des personnes IMC, notre association de parents a besoin de chacun d'entre nous pour poursuivre son action d'accompagnement.

### Adhérer à l'ARIMC, c'est :

- Défendre la place et l'inclusion des personnes handicapées dans la société
- S'impliquer pour l'avenir de l'association et agir dans les instances de l'ARIMC
- Faire entendre sa voix pour porter le besoin de création de nouvelles structures
- Bénéficier d'un espace d'écoute mais aussi d'aides et de conseils (pratiques, juridiques)
- Bénéficier de l'appui de l'Action Associative (activités de loisirs, vacances, service Répi'Lib...)

Soutenir l'ARIMC par un don ou une cotisation, ouvre droit à une réduction d'impôts  
Je donne 100 €, après déduction fiscale, cela me revient à 34 €.



Jean-Luc LOUBET  
Président



## BULLETIN D'ADHÉSION ARIMC 2016

Merci de compléter soigneusement ce bulletin et le retourner à  
Action Associative – 20 boulevard de Balmont – 69009 LYON – 04 72 52 13 75  
action.associative@arimc-ra.org

Je suis  usager adulte  parent  frère ou sœur  grand - parent

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

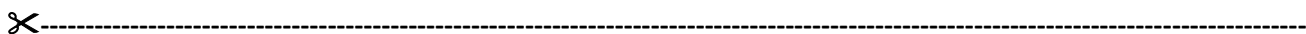
Courriel - important : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_

Préciser l'établissement fréquenté et si besoin le nom de votre proche .....

- **Je choisis mon type d'adhésion :**  
 66 € (famille\*)  12 € (personne majeure usager de l'ARIMC)  
*L'Assemblée Générale du 25 juin 2015 a voté l'augmentation de l'adhésion famille.*
- **Je fais un don, en complément de : ..... €**
- **Mode de règlement :**
  - J'opte pour un prélèvement automatique mensuel (formulaire ci-joint à renvoyer + RIB)  
 de 6 €/mois  de 10 €/mois  de 15 €/mois  autre ..... €/mois
  - J'opte pour un règlement par chèque – à libeller à l'ordre de l'ARIMC –
  - J'opte pour un règlement en espèces
  - J'opte pour un règlement par carte bancaire, en ligne sur [www.arimc-ra.org](http://www.arimc-ra.org)



## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

### MES COORDONNÉES

Nom ..... Prénom.....

Adresse.....

Code Postal ..... Ville .....

### Coordonnées de votre compte

**IBAN**

**BIC**

*Merci de joindre un RIB*

### BÉNÉFICIAIRE

**ARIMC** – 20 boulevard de Balmont 69009 Lyon

ICS : FR7642559000914102003625291

RUM (*partie réservée à l'ARIMC*) :

Fait à : ..... le..../..../....

Signature :



### PAIEMENT RÉCURRENT

En signant ce mandat vous autorisez l'ARIMC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions données sur ce mandat. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour le prélèvement autorisé.

Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de suppression et de rectification des données vous concernant en vous adressant à l'ARIMC.

Le prélèvement de votre compte sera effectif sous un délai minimum d'un mois.