

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse personnelle : _____

Code Postal & Ville : _____

Mobile : _____ **Email Personnel :** _____

Je joins les pièces justifiant ma formation continue **obligatoire tous les 2 ans**

Nombre d'heures de formation validées _____

KINÉSIOLOGIE AUTRES FORMATIONS

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE :

Dénomination professionnelle : _____

Adresse professionnelle : _____

Code Postal & Ville : _____

Mobile professionnel : _____

Email Professionnel : _____

Site Internet : _____

COTISATION ANNUELLE du 1^{ER} JANVIER AU 31 DÉCEMBRE

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations et l'authenticité des documents communiqués en déposant sur la plateforme dédiée :

∞ le présent bulletin de mise à jour complété et signé

∞ l'original de l'extrait du casier judiciaire

J'atteste sur l'honneur remplir les conditions d'adhésion et de renouvellement par les éléments suivants :

∞ Avoir une assurance RCP en cours de validité

∞ Avoir un numéro SIRET justifiant de mon activité

∞ Avoir signé une convention et disposer d'un service de médiation

Je règle ma cotisation par carte bancaire en ligne

∞ Pendant la période de recouvrement = 100 € (décembre à janvier)

∞ Hors période de recouvrement = 110 €

« J'accepte toutes les dispositions sans restriction des statuts, du Règlement Intérieur et du Code de Déontologie ».

DATE

SIGNATURE