POUR QUE CHAQUE ENFANT PUISSE BÂTIR SON PROJET DE VIE

Merci de remplir et renvoyer ce formulaire à :

AGIR POUR L'ENFANT - 2 rue du Clos Neuf - 37300 JOUÉ-LÈS-TOURS

NOM : ..... PRENOM :.....

ADRESSE :.....

.....

Tél. : ..... Mail : .....

☐ ADHERER A L'ASSOCIATION : cotisation annuelle

❑ **35 €** *(*)* pour le 1er membre d'une famille ❑ **17 €** *(*)* pour les autres membres

---

☐ FAIRE UN DON POUR SOUTENIR UN PROJET EN HAÏTI (site web : rubrique « Actions sur place »)

❑ **Foyer de Sion** ❑ **Fondation Ed Timoun Yo (Hinche)** ❑ **Ecole de Petit Goâve**
❑ **Ecole du Bon Berger** ❑ **Cantine du Bon Berger** ❑ **Centre Pédiatrique Marie Poussepin**
❑ **Selon les besoins**

Vous envisagez de faire un don :

❑ Mensuel de ..... € *(*)* ❑ OU trimestriel de ..... € *(*)*
❑ OU Semestriel de ..... € *(*)* ❑ OU Annuel de ..... € *(*)* ❑ Ponctuel de .....€ *(*)*

Mode de règlement :

❑ **De préférence** : Prélèvement SEPA (voir au verso). Le prélèvement devra commencer le 5 du mois de : .....
❑ Virement (voir au verso) ❑ Chèque libellé à l'ordre d'AGIR POUR L'ENFANT ❑ CB sur www.agirpourlenfant.fr

---

☐ PARRAINER UN ENFANT EN HAÏTI (30 € par mois conseillés)

Montant du versement :

❑ Mensuel de ..... € *(*)* ❑ OU Trimestriel de ..... € *(*)*
❑ OU Semestriel de ..... € *(*)* ❑ ou Annuel de ..... € *(*)*

Mode de règlement :

❑ **De Préférence** : Prélèvement SEPA (voir au verso). Le prélèvement devra commencer le 5 du mois de : .....
❑ Virement (voir au verso) ❑ Chèque libellé à l'ordre d'AGIR POUR L'ENFANT

AGIR POUR L'ENFANT VOUS REMERCIE DE VOTRE AIDE

*(*) Un **reçu fiscal** vous sera adressé **en mars de l'année suivant le versement** pour vous permettre de **déduire de vos impôts 66 %** des sommes versées.*

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique.
En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à AGIR POUR L'ENFANT.

AGIR POUR L'ENFANT - Association loi de 1901
Adresse : 2 rue du Clos Neuf – 37300 JOUE-LES-TOURS
☎ : *02 47 53 86 02* - *Email* : agirpourlenfant@msn.com **Site Internet :** *www.agirpourlenfant.fr*

MANDAT de Prélèvement SEPA Référence du mandat :	Créancier : **AGIR POUR L'ENFANT**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez AGIR POUR L'ENFANT à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et ……..… (nom de votre banque) à débiter votre compte conformément aux instructions d'AGIR POUR L'ENFANT.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Vos nom et prénom :	.....
Votre adresse :	..... Numéro et nom de la rue ..... Code Postal et Ville ..... Pays
Les coordonnées de votre compte :	. ..... Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) ..... Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)
Nom du créancier :	AGIR POUR L'ENFANT
Identifiant du créancier :	FR76145050000020800192517119
Adresse du créancier :	2 RUE DU CLOS NEUF 37300 JOUE LES TOURS
Pays du créancier :	FR
Type de paiement :	❑ Paiement récurrent/ répétitif ❑ Paiement ponctuel
Destination des Prélèvements :	❑ Parrainage ❑ Don
Montant des Prélèvements :	Votre choix : ……..€ (*)
Périodicité des Prélèvements :	❑ Mensuelle ❑ Trimestrielle ❑ Semestrielle ❑ Annuelle
Début des Prélèvements :	le 5 du mois de : _____
Signé à	..... Lieu et Date
Signature(s) :	

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

AGIR POUR L'ENFANT - Association loi de 1901
Adresse : 2 rue du Clos Neuf – 37300 JOUE-LES-TOURS
☎ : *02 47 53 86 02* - *Email* : agirpourlenfant@msn.com **Site Internet :** *www.agirpourlenfant.fr*