



Demande de remboursement des frais

Nom* :	
Prénom* :	
Nom de la personne/enfant concerné* :	
Adresse* : (no, rue)	
Code postal et localité*	
Téléphone :	
Adresse e-mail* :	
Coordonnées bancaires* : Code IBAN Code BIC	
Date des factures :	
Pièces jointes* : (Facture(s) et (ordonnance(s) médicale(s))	
Pour les aliments complémentaires veuillez ajouter la copie du remboursement de la CNS	

Date et signature :

Traitement des données personnelles :

L'Allm est responsable des données personnelles qui lui sont communiquées lors du paiement de la cotisation, du versement d'un don ou lors de l'inscription à une activité organisée par l'association. Toutes les données sont traitées conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), et aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Finalités du traitement initial :

Toutes les données sont collectées aux fins de la gestion et de l'organisation des activités, le remboursement de frais ainsi que pour l'établissement et l'envoi des certificats

*= données obligatoires