



## 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