

Formulaire d'adhésion à l'association Equilibre Santé pour Tous

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél : Mail :

Date Naissance : / / Lieu :

Niveau Shiatsu E.S.T : 1^{ère} Année en cours ☐ 2^{ème} Année en cours ☐
 3^{ème} Année en cours ☐ 4^{ème} Année en cours ☐
 4^{ème} Année terminée ☐ Praticien / Enseignant (certifié) ☐

Etes-vous salarié(e) : Oui / Non

Etes-vous praticien(ne) de shiatsu : à temps plein ☐ , à temps partiel ☐

Pour la période **Septembre-Décembre 2025**, je désire adhérer à l'association EqST en payant une cotisation de 35€.

Je déclare sur l'honneur avoir bien pris connaissance des statuts, du règlement intérieur, la charte qualité et le règlement général sur la protection des données par l'association qui sont disponibles sur simple demande par courriel. En adhérant, Je m'engage à respecter ces statuts, son règlement intérieur ainsi que sa Charte.

L'EqST s'engage à ne pas utiliser les informations de l'adhérent à des fins commerciales. L'adhérent dispose d'un droit de regard et rectification sur les informations le concernant.

En règlement de ma cotisation due pour l'année en cours, je paie :

Par chèque à l'ordre de l'EqST ☐ , Par virement bancaire ☐ ,

Par HelloAsso ☐ [Adhésion EqST 2025 via HelloAsso](#) ou QRCode



Je désire un reçu pour le règlement : Oui / Non

Fait à

Le / /

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Si nouvel adhérent, merci de renvoyer par courriel ce formulaire + scan diplôme Shiatsu + RIB à : egst.tresorier@gmail.com

*Merci de payer votre adhésion annuelle à notre Trésorier **en précisant « Adhésion EqST : Prénom + Nom »** par :*

*- **virement bancaire** à IBAN : FR 76 1820 6001 4165 0280 4329 012 / BIC: AGRIFRPP882,*

*- **ou courrier** à EqST – M. Christian PASCAULT – 22 Sente des Châtaigniers (Bat Les Pins) – 92380 GARCHES*