Gueules Cassées
Sourire Quand Même
Union des Blessés de la Face et de la Tête

20 rue d'Aguesseau 75008 Paris
Tél. : 01 44 51 52 00 Fax : 01 42 65 04 14
E-mail : info@gueules-cassees.asso.fr
Site : www.gueules-cassees.asso.fr

Demande d'adhésion

Informations confidentielles

Pièces à joindre :
Voir page 3

Photo

Photo

Nom : .....

Prénoms* : .....

☐ Homme

☐ Femme

** Merci d'indiquer tous vos prénoms*

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| Lieu de naissance : .....

☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire ☐ Concubinage ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Remarié(e)

Nationalité : ..... Nombre d'enfants : .....

Profession actuelle : .....

Précédente (éventuellement) : ..... Année de retraite civile : .....

Diplômes détenus : .....

Adresse actuelle : .....

.....

Code postal |__|__|__|__|__|

Ville : ..... Pays : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile : .....

Adresse internet : .....

BLESSURES

Taux d'invalidité (préciser pourcentage, degrés, articles) .....

Date(s) blessure(s) : .....

Conflits/événements et circonstances ayant occasionné la blessure à la face ou à la tête :

.....

.....

.....

.....

.....

MINISTERE / ADMINISTRATION (lors de la blessure)

Armée : Terre ☐ Mer ☐ Air ☐ Gendarmerie Nationale ☐ Pompier ☐

Police Nationale ☐ Police Municipale ☐ Douane ☐ Pompiers Professionnels (SDIS) ☐

Administration pénitentiaire ☐ Autres ☐

Grade : _____ Année de retraite : _____

DÉCORATIONS OBTENUES

(photocopies à joindre)

CITATIONS

(photocopies à joindre)

CARTES DÉTENUES (combattant, prisonnier, déporté ou Titre de reconnaissance de la Nation…)

(photocopies recto verso à joindre)

FONCTIONS BÉNÉVOLES, ASSOCIATIVES OU AUTRES :

.....

.....

CONJOINT

Nom *(de jeune fille pour les femmes)*	Prénoms	Date de naissance
.....	.....	⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

ENFANT(S) DU MEMBRE – Précisez si Pupille de la Nation

(sont considérés à charge les enfants mineurs, étudiants ou handicapés)

Nom	Prénoms	Date de naissance	À charge
.....	.....	⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	OUI / NON
.....	.....	⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	OUI / NON
.....	.....	⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	OUI / NON
.....	.....	⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	OUI / NON
.....	.....	⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌋ ⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	OUI / NON

À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT :

1. La demande complétée et signée
2. Deux photographies d'identité récentes

PHOTOCOPIES :

Pour les militaires :

1. La fiche descriptive des infirmités (tous les feuillets)
2. Le rapport circonstancié des blessures* et/ou l'extrait du Registre des Constations
3. Citations, décorations, cartes (recto verso) du combattant, prisonnier, déporté ou TRN**

Pour les fonctionnaires :

1. Le procès-verbal de l'incident ayant causé des blessures* et/ou le rapport circonstancié de la blessure et/ou l'Arrêté d'imputabilité confirmant que l'accident est lié au service
2. L'Attestation d'incapacité temporaire (ATI) et/ou le certificat d'attribution d'une ATI et/ou un Document officiel de la Reconnaissance de la blessure.
3. Citations, décorations

Pour une éventuelle précision, vous pouvez contacter le siège social de l'UBFT au **01 44 51 52 00**

* et/ou des blessures à la tête
** Titre de reconnaissance de la Nation

Merci de ne pas envoyer de règlement avant d'avoir reçu votre lettre d'adhésion.

CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre des échanges avec l'UBFT, celle-ci doit recueillir un certain nombre d'informations vous concernant afin de gérer le suivi de votre dossier. Les données collectées resteront à usage interne de l'UBFT. Il s'agit de vos données d'identité, vos adresses de correspondance (postale et e-mail), vos données professionnelles et sociales, ainsi que toutes les données strictement nécessaires à instruire vos questions ou demandes sur votre dossier et permettre à l'UBFT de remplir ses obligations légales en matière comptable, fiscale, historique et/ou statistique. Par nécessité pour l'étude de votre dossier ces données peuvent être sensibles, telles que votre niveau d'invalidité et situation médicale, des lettres et des rapports rédigés des médecins qui vous ont traité. Ces données sont collectées et sont utilisées avec votre accord et conformément aux règles européennes et nationales sur la protection des données.

Vos données sont stockées pour la durée du traitement de votre dossier et sont sous la responsabilité de l'UBFT qui prend toutes les mesures nécessaires pour assurer leur sécurité. A la clôture du dossier, elles seront stockées pour une durée de 10 ans maximum, à compter de la fin des échanges avec l'UBFT puis archivées en format papier ou en format numérique à des fins de conservation historique.

Vous avez le droit de donner ou de retirer votre accord pour le traitement et l'échange de vos données. Ainsi, si vous acceptez aujourd'hui de transmettre vos données pour qu'elles soient traitées dans le cadre de votre dossier, vous pourrez toujours retirer votre accord plus tard. Pour toute précision quant à la suppression (droit à l'effacement des données), au traitement, ou toute autre question sur vos données, votre contact est le directeur adjoint en charge des affaires associatives au siège social de l'UBFT :
20 rue d'Aguesseau 75008 Paris
Tél : 01 44 51 52 00
info@gueules-cassees.asso.fr.
Il est votre interlocuteur principal et est responsable de vos données.

Sur simple demande écrite, adressée par mail ou par courrier, vous avez le droit :
- d'accéder et de consulter vos données personnelles ;
- de demander des corrections, si certaines informations ne sont pas correctes ;
- à l'effacement de vos données ;
- à la limitation de leur traitement ;
- de recevoir toutes les informations vous concernant qui sont enregistrées sous un format portable et lisible, ainsi que d'obtenir le transfert de vos données (droit de portabilité) ;
- de vous opposer aux traitements sur la base d'un intérêt légitime, aux traitements à des fins de recherche historique ou à des fins statistiques qui ne relèvent pas de l'intérêt public.

Je déclare avoir lu ce document et que son contenu m'a été expliqué. J'ai disposé de suffisamment de temps pour prendre en considération le fait de confier mes données personnelles à l'UBFT.

J'autorise le traitement et l'échange de mes données personnelles dans les conditions et pour les finalités listées ci-dessus sachant que les responsables de l'UBFT, les membres des commissions d'adhésions et d'aides ainsi que les salariés en charge du suivi des dossiers pourront y accéder afin de traiter mes demandes éventuelles, et que mes données ne seront pas communiquées à des tiers (à l'exception des prestataires en charge de l'envoi du magazine ou des invitations aux événements organisés par l'UBFT).

Le présent consentement est valide tant et aussi longtemps que j'aurai recours aux services de l'UBFT.

Je comprends également que je ne suis pas obligé(e) de donner ce consentement et que je peux le retirer par écrit en tout ou en partie, et ce à tout moment.

Fait à :

Signature :

Le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

PARTIE RÉSERVÉE À LA COMMISSION D'ADMISSIONS

Décision de la Commission d'admissions n° ☐☐ tenue le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐ Actif ☐ Membre d'honneur ☐ En attente ☐ Refus

Accord CA / Bureau n° : ☐☐ du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Signature du président de la Commission

Numéro d'inscription : ☐☐☐☐☐