ASPA
AFRICAN SAFETY & PREVENTION ALLIANCE
KNOWING WHO PROTECTS

FORMULAIRE ASPA

FICHE D'ADHÉSION

Membre adhérent • « Knowing Who Protects »

Référence : ADH-01 • Version octobre 2026

L'African Safety & Prevention Alliance (ASPA) œuvre à promouvoir la prévention des risques, la santé, la sécurité et la protection des personnes et des communautés, à travers la sensibilisation, la formation et le partage de bonnes pratiques. En adhérant, vous rejoignez cette dynamique.

1 INFORMATIONS DU MEMBRE

NOM

PRÉNOM(S)

DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)

NATIONALITÉ

PROFESSION / FONCTION

ORGANISATION / ENTREPRISE

ADRESSE

PAYS

TÉLÉPHONE

EMAIL

2 PROFIL ET CENTRES D'INTÉRÊT

Domaines de compétence ou d'intérêt (plusieurs choix possibles) :

- ☐ Santé et sécurité au travail
- ☐ QHSE / HSE
- ☐ Prévention des risques
- ☐ Environnement
- ☐ Formation / Sensibilisation
- ☐ Santé publique
- ☐ Sécurité routière
- ☐ Gestion des risques et situations d'urgence
- ☐ Protection des travailleurs
- ☐ Communication
- ☐ Autre, précisez :

COMPÉTENCES OU EXPÉRIENCES À METTRE AU SERVICE DE L'ASSOCIATION

3 MOTIVATION

Pourquoi souhaitez-vous rejoindre l'ASPA ?

4 PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS

Je souhaite, selon mes disponibilités (plusieurs choix possibles) :

- ☐ Participer aux actions de sensibilisation sur le terrain
- ☐ Contribuer aux campagnes de prévention et de communication
- ☐ Participer aux formations, ateliers, conférences et rencontres de l'association
- ☐ Partager mon expérience et mes bonnes pratiques
- ☐ Apporter mon expertise dans mon domaine de compétence
- ☐ Participer à des projets ou groupes de travail
- ☐ Contribuer au développement de partenariats
- ☐ Soutenir ponctuellement les actions de l'association
- ☐ Autre, précisez :

5 COTISATION

La cotisation annuelle des membres adhérents est fixée à 5 € (ou l'équivalent en monnaie locale), conformément aux dispositions de l'association.

☐ Je m'engage à régler la cotisation annuelle de 5 €

Mode de règlement :

- ☐ Virement bancaire
- ☐ Chèque
- ☐ Espèces
- ☐ Autre, précisez :

6 ENGAGEMENT DU MEMBRE

Je souhaite adhérer à l'ASPA en qualité de membre adhérent. Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association, et je m'engage à en respecter les valeurs et les principes. Je certifie l'exactitude des informations communiquées dans la présente fiche.

☐ Lu et approuvé

FAIT À

LE (JJ/MM/AAAA)

SIGNATURE DU MEMBRE

(dessinez votre signature ici si votre application PDF le permet, ou complétez le champ ci-dessous)

NOM COMPLET (VALANT SIGNATURE ÉLECTRONIQUE)

Protection des données : les informations recueillies sont réservées à la gestion des adhésions et au fonctionnement de l'ASPA ; elles ne sont pas communiquées à des tiers à des fins commerciales.