

**ALORA**  
**MEMBERSHIP FORM / FORMULAIRE D'ADHÉSION**

PLEASE PRINT / ECRIRE EN LETTRES MAJUSCULES

**I, the undersigned / Je, soussigné(e),**

Title:  Mr/M  Ms/Mlle  Mrs/Mme

Last name / Nom :

First name / Prénom :

Nationality / Nationalité :

Home address /  
Adresse du domicile :

Tel. Office / Bureau :

Tel. Home / Domicile :

Tel. Portable / Mobile :

Email :

**OFFICE USE ONLY**

Date :

Type of Membership :

Access :      Carte :

PEPS :

Payment:

**... am a / suis un(e)**

Staff member / Membre du Secrétariat  
Consultant  
Intern/Stagiaire

Direction / Division :

File number :

On secondment / En détachement

Country / Pays :

Member of Delegation / Membre d'une Délégation

Country / Pays :

Retired / Retraité(e) / Pensionné(e)

Partner or Spouse / Conjoint(e) ou Partenaire

Name of your OECD spouse / Nom de votre conjoint OCDE:

**... and note that / et prendre conscience que,**

as an OECD staff member, consultant or intern receiving a salary from the OECD, the OECD will deduct 2.50 euros from my monthly emoluments until further notice,

en tant que Membre du Secrétariat, consultant ou stagiaire recevant un salaire de l'OCDE, que l'OCDE prélèvera sur mes émoluments la cotisation mensuelle de 2,50 euros jusqu'à nouvel ordre,

being on secondment, a delegation member, a retired staff member, a partner, or non-OECD, that I must enclose herewith a cheque for 30€ payable to "ALORA" or a copy of my bank transfer ([RIB Alora](#)) to cover 12 months inscription,

étant en détachement, un membre d'une délégation, retraité de l'OCDE, conjoint, ou non-membre de l'OCDE, que je dois adresser un chèque de 30 € à l'ordre de " ALORA " ou une copie de mon transfert bancaire ([RIB Alora](#)) avec ce bulletin dûment rempli (cotisation valable 12 mois),

**... and that / et que,**

Insurance is my responsibility.  
Ensure that you are insured against all risks.

L'assurance est de ma propre responsabilité.  
Vérifiez votre couverture en assurance personnelle en cas d'accident.

Should I wish to participate in any ALORA physical activity, I must provide a valid medical certificate year to the teacher or coordinator of my activity or to ALORA directly.

Si je souhaite participer à une activité physique ALORA, je dois fournir un certificat médical à jour au professeur ou au coordinateur de l'activité ou à l'ALORA directement.

**Date / Fait le :**

**Signature:**

**Please return the completed form to / Renvoyez le formulaire complété au :**

OECD/ALORA, 2, rue André Pascal, MBAT, Office MZ021 - 75775 PARIS CEDEX 16