

NOM :

Prénom :

A compléter en cas de nouvelle adhésion ou de modification :

Adresse :

Mail :

TELEPHONE domicile:

mobile :

Parent(s) de l'enfant :

Né(e) le :

Inscrit : SESSAD L'ALLIANCE, CAMSP

, IME

, IMPRO

FOYER

, ESAT

autre

J'ETAIS DEJA ADHERENT ET JE RENOUVELLE MON ADHESION A L'ASSOCIATION

JE N'ETAIS PAS ADHERENT ET DEMANDE MON ADHESION A L'ASSOCIATION POUR 2013

Je soussigné(e)
déclare m'engager à m'y conformer.

certifie avoir pris connaissance des statuts et

Date :

Signature :

Le montant annuel de la cotisation est de 60 €uros.

Je souhaite étaler le paiement de ma cotisation par versement de€ en.....fois

Je règle par chèque à l'ordre de **Trisomie 21 GEIST Rhône** à la trésorière :

Claudine LUSTIG
29 rue des iris
69500 BRON