

Vous trouverez ci-joint, un bulletin d'adhésion à TRISOMIE 21 Deux Sèvres pour l'année 2009
Ce bulletin, en deux feuillets, nous est demandé par notre fédération TRISOMIE 21 FRANCE

Le montant de cette adhésion est fixé comme suit :
A partir de 42 € pour les parents
A partir de 22 € pour les professionnels et sympathisants

Ce montant comprend l'adhésion à l'association et l'abonnement au journal fédéral < TRISOMIE 21 >

Le chèque est à faire à l'ordre de : TRISOMIE 21 Deux Sèvres
Et à expédier à : M. BRETON Jérôme 87 rue de la Garenne 79180 CHAURAY
Votre cotisation donne droit à réduction d'impôts

MERCI POUR VOTRE SOUTIEN

BULLETIN D'ADHESION 2009
À l'association départementale

Ce volet est destiné à
TRISOMIE 21 Deux-Sèvres



TRISOMIE 21 Deux-Sèvres
180 Avenue de La Rochelle
B.P. 3048
79012 NIOIRT

Mlle. Mme. M.
Prénom :

Adresse :
Rue :
Ville :
C.P : - - - -

Profession :
Tél. (facultatif) - - - -

Déclare adhérer à l'association départementale dont le tampon est apposé ci-dessus.

Cette association est membre de TRISOMIE 21 FRANCE
*(Fédération des Associations pour l'Insertion sociale
Des personnes porteuses d'une Trisomie 21)*

J'ai pris connaissance des statuts et règlements de l'association Départementale et je partage les objectifs et les principes qu'elle défend.

(Facultatif)
Parent d'enfant trisomique OUI NON
(Si oui) date de naissance - - - - -
Professionnel de l'équipe de soins OUI NON
(Si oui) Fonction
Autre (préciser)

Je verse une cotisation annuelle de _ _ _ , _ _ _ €
Y compris 10 € pour TRISOMIE 21 FRANCE
correspondant à l'abonnement au journal < TRISOMIE 21 >

Adhérent

Président départemental

BULLETIN D'ADHESION 2009
À l'association départementale

Ce volet est destiné à : **TRISOMIE 21 FRANCE**
10 rue du Monteil 42000 ST ETIENNE



TRISOMIE 21 Deux-Sèvres
180 Avenue de La Rochelle
B.P. 3048
79012 NIOIRT

Mlle. Mme. M.
Prénom :

Adresse :
Rue :
Ville :
C.P : - - - -

Profession :
Tél. (facultatif) - - - -

Déclare adhérer à l'association départementale dont le tampon est apposé ci-dessus.

Cette association est membre de TRISOMIE 21 FRANCE
*(Fédération des Associations pour l'Insertion sociale
Des personnes porteuses d'une Trisomie 21)*

J'ai pris connaissance des statuts et règlements de l'association Départementale et je partage les objectifs et les principes qu'elle défend.

(Facultatif)
Parent d'enfant trisomique OUI NON
(Si oui) date de naissance - - - - -
Professionnel de l'équipe de soins OUI NON
(Si oui) Fonction
Autre (préciser)

Je verse une cotisation annuelle de _ _ _ , _ _ _ €
Y compris 10 € pour TRISOMIE 21 FRANCE
correspondant à l'abonnement au journal < TRISOMIE 21 >

Adhérent

SIGNATURES