



« AIDER LES PERSONNES HANDICAPÉES ATTEINTES DU SYNDROME DE CORNELIA DE LANGE OU D'AUTRES TROUBLES GRAVES DE LA COMMUNICATION ET DU DÉVELOPPEMENT ET LEURS FAMILLES, PROMOUVOIR LA RECHERCHE MÉDICALE ET ÉDUCATIVE DU SYNDROME DE CORNELIA DE LANGE ET LA DIFFUSER LE PLUS LARGEMENT POSSIBLE ».

Extrait des Statuts de l'AFSCDL

Année 2015

COTISATION

DON

Date : _____

Monsieur / Madame _____ Prénom : _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone _____ Adresse e-mail _____

Parent Famille Professionnel Ami Entreprise

Parent(s), famille ou ami(e) de....., né(e) le.....

Je sollicite mon adhésion à l'AFSCDL

Je renouvelle mon adhésion à l'AFSCDL

Je verse un don (facultatif en complément d'une adhésion) de euros

et verse une cotisation de 35 euros

Règlement par Chèque à l'ordre de AFSCDL (merci de compléter la ligne ci-dessous)
à adresser par courrier à: AFSCDL – 6 rue Pierre Bonnard – 78370 PLAISIR:

Banque : _____ N° de chèque : _____ Date : _____

Un reçu du montant de votre cotisation et/ou de votre don vous sera adressé pour vous permettre de bénéficier d'une réduction de vos impôts.

J'accepte de recevoir le bulletin de l'AFSCDL sur ma messagerie électronique.

Je préfère recevoir le bulletin de l'AFSCDL par courrier au format papier.