



« 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 2018

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.

**ATTENTION: CHANGEMENT DE NUMERO DE TELEPHONE, D'ADRESSE EMAIL ET DE COORDONNEES DU SITE WEB:**