



« 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 2024

COTISATION

DON

		Date :	_____	
Monsieur / Madame	_____	Prénom :	_____	
Adresse	_____			
Code Postal	_____	Ville	_____	
Téléphone	_____	Adresse e-mail	_____	
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Professionnel	<input type="checkbox"/> Ami	<input type="checkbox"/> Entreprise
Parent(s), famille ou ami(e) de....., né(e) le.....				

<input type="checkbox"/> Je sollicite mon adhésion à l'AFSCDL	}	et verse une cotisation de	35 euros
<input type="checkbox"/> Je renouvelle mon adhésion à l'AFSCDL			
<input type="checkbox"/> Je verse un don (facultatif en complément d'une adhésion) de..... euros			
Règlement par Chèque à l'ordre de AFSCDL (merci de compléter la ligne ci-dessous) à adresser par courrier à: <b>AFSCDL – 6 rue Pierre Bonnard – 78370 PLAISIR:</b>			
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.			