« AIDER LES PERSONNES HANDICAPEES ATTEINTES DU SYNDROME DE CORNELIA DE LANGE OU D'AUTRES TROUBLES GRAVES DE LA COMMUNICATION ET DU DEVELOPPEMENT ET LEURS FAMILLES, PROMOUVOIR LA RECHERCHE MEDICALE ET EDUCATIVE DU SYNDROME DE CORNELIA DE LANGE ET LA DIFFUSER LE PLUS LARGEMENT POSSIBLE ».

Extrait des Statuts de l'AFSCDL

Année 2025

☐ 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

} et verse une cotisation de 35 euros

☐ 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: **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.