



## BULLETIN D'ADHESION

NOM

PRENOM

ADRESSE

RUE		
CODE POSTAL /VILLE		

CONTACT

EMAIL	
TELEPHONE	

ENFANT(S) DYS

NOM	PRENOM	MDPH*	AGE (MINEURS)
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	

SITUATION FAMILIALE\*

<input type="checkbox"/> MARIÉE	<input type="checkbox"/> CELIBATAIRE / MONOPARENTAL.E	<input type="checkbox"/> PACSÉ.E
---------------------------------	----------------------------------------------------------	----------------------------------

ADHESION

DE BASE	DE SOUTIEN 1	DE SOUTIEN 2	+ 1€ PAR ENFANT DYS
<input type="checkbox"/> 15€	<input type="checkbox"/> 20€	<input type="checkbox"/> 25€	<input type="checkbox"/> 1€x__

DON

<input type="checkbox"/> 5€	<input type="checkbox"/> 10 €	<input type="checkbox"/> 20€	libre _____€
<input type="checkbox"/> CHEQUE	<input type="checkbox"/> VIREMENT	<input type="checkbox"/> ESPECES	

TOTAL \_\_\_\_\_ €

- Je souhaite recevoir les informations par mail
- Je souhaite m'investir en tant que bénévole dans l'association (je serai contacté)

*Aapedys 35 7 rue de Normandie 35000 RENNES*

**IBAN** FR76 1558 9351 0604 0383 1674 379 **BIC** CMBFR2BXXX