



BULLETIN D'ADHESION ANNEE 2017

Adhésion

Don

Adhère depuis :

Nom : Prénom :

Parent OUI Autre lien de parenté (préciser) : Personne malade :

Adresse :

.....
.....

Code Postal : Ville : Pays :

N° de tél 1

N° de tél 2 :

Email :

J'adhère à l'association « Orph-Aide » minimum 50 €, toute somme versée en plus sera considérée comme don : (Préciser le montant de la cotisation qui est proposée gratuite la première année de l'adhésion).

Je désire seulement faire un don à l'association « Orph-Aide » :
(indiquer le montant du don).

Madame, Monsieur, _____

- autorisent « **Orph-Aide** » à transmettre leurs coordonnées, y compris l'adresse e-mail, au sein de l'association : OUI NON

- autorisent « **Orph-Aide** » à transmettre leurs coordonnées, y compris l'adresse e-mail, aux partenaires de l'association en m'en informant au préalable : OUI NON

A _____

Le _____

Signature :

à **Orph-Aide**
BT 9 – 13 avenue du Général de Gaulle
91140 VILLEBON UR YVETTE

