

BULLETIN D'ADHÉSION OU DE DON

Mr Mme Nom Prénom :

Nom du conjoint : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe : Téléphone mobile :

Email : Profession :

Pour soutenir AUTISME 69, je choisis d'être :

- MEMBRE actif de l'association** avec adhésion annuelle de 45 € minimum
- DONATEUR**

Je suis :

- Personne en situation de handicap**
- Parent ou tuteur de personne autiste (1)**
- ↳ Souhaite être inscrit sur la **liste de diffusion internet réservée aux parents** (échanges de questions et d'informations)
- Autre membre de la famille** de personne autiste (grand-parent, oncle, frère, cousin...) (1)
- Sympathisant, ami**
- Professionnel**

(1) Personne autiste concernée :

Mr Mme Nom Prénom : Date de naissance.....

Est-elle accueillie en établissement : OUI NON

Nom de l'établissement Association gestionnaire

En internat : OUI NON En externat : OUI NON

À temps partiel : OUI NON À temps complet : OUI NON

- Je n'accepte pas de recevoir les informations concernant Autisme 69 par email
- Je n'autorise pas la transmission de mes coordonnées aux associations partenaires d'Autisme 69

- Je joins un chèque à l'ordre d'AUTISME 69** ou **J'effectue un virement (2) de :,00 €**
correspondant à ma cotisation annuelle ou à mon don pour l'année civile en cours.
- (2) : IBAN = FR76 1027 8072 5900 0209 3720 182 BIC = CMCIFR2A

Fait à : **Le :** **Signature :**