

BULLETIN D'ADHESION 2018

N° Adhérent

ADHERENT :

Nom : Prénom :
Adresse :
Commune : Code postal :
Tél. : Portable :
Profession :
Mail :

Vous adhérez à titre de :

- Personne en situation de handicap
- Parents (père, mère, frère, sœur, oncle, tante)
- Amis
- Tuteur
- Association

Nom de la personne handicapée : Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Nom et adresse de l'Etablissement fréquenté :

Etablissement de jour :

Etablissement de nuit :

COTISATION : Année 2018 ORDINAIRE : 107 €uros REDUITE : 57 €uros

*Pour les familles non imposables sur présentation
de votre avis de non imposition*

Règlement par : Chèque bancaire CCP Espèces

*Association déclarée loi 1901, habilitée à recevoir des dons et legs et à délivrer des reçus fiscaux (CCP 2504 – 09 G LYON)
Affiliée à l'UNAPEI reconnue d'utilité publique, décret du 30 Août 1963*

Association métropolitaine et départementale des parents et amis de personnes handicapées mentales

