

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** (cotisation annuelle de 45 € minimum)
 ou de **FAIRE UN DON** (je deviens BIENFAITEUR si mon don est d'au moins 100 €)

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 :**