



BULLETIN D'ADHÉSION
Année 201_

ADHERENT _____ **DATE** _____ / _____ / 201_

M. Mme _____ Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone _____

Parents **Personne avec autisme** **Sympathisants**

Personne avec autisme ou TED concernée

NOM et Prénom _____ Sexe _____

Date de Naissance _____

Etablissement fréquenté (facultatif) _____

Je sollicite mon adhésion à l'Association Autisme Alsace (1)

ou

Je renouvelle mon adhésion à l'Association Autisme Alsace (1)

et verse une cotisation annuelle minimale de **20 Euros**

et/ou

Je joins un don (facultatif) de Euros

Montant total Euros

(1) Cocher les cases utiles

Chèque postal ou bancaire à libeller à l'ordre d'**Autisme Alsace**, à renvoyer accompagné du bulletin à :

Autisme Alsace, 9 rue de Koenigsbruck 67500 MARIENTHAL



BULLETIN D'ADHÉSION
Année 201_

ADHERENT _____ **DATE** _____ / _____ / 201_

M. Mme _____ Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone _____

Parents **Personne avec autisme** **Sympathisants**

Personne avec autisme ou TED concernée

NOM et Prénom _____ Sexe _____

Date de Naissance _____

Etablissement fréquenté (facultatif) _____

Je sollicite mon adhésion à l'Association Autisme Alsace (1)

ou

Je renouvelle mon adhésion à l'Association Autisme Alsace (1)

et verse une cotisation annuelle minimale de **20 Euros**

et/ou

Je joins un don (facultatif) de Euros

Montant total Euros

(1) Cocher les cases utiles

Chèque postal ou bancaire à libeller à l'ordre d'**Autisme Alsace**, à renvoyer accompagné du bulletin à :

Autisme Alsace, 9 rue de Koenigsbruck 67500 MARIENTHAL