

Bulletin d'adhésion

M. Mme _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone ____/____/____/____

Courriel : _____@_____

Parents - Personne avec autisme - Sympathisants ⁽¹⁾

PERSONNE AVEC AUTISME CONCERNEE

NOM et Prénom _____

Sexe : F M ⁽¹⁾ Date de Naissance ____/____/____

Situation (établissement, domicile, école, travail...)

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

Ou je renouvelle mon adhésion à Autisme Alsace ⁽¹⁾
et verse une cotisation annuelle minimale de **20 Euros**

et/ou je joins un don (facultatif) de Euros

Montant total Euros

Date : _____

Signature _____

(1) Rayer les mentions inutiles