



## BULLETIN D'ADHÉSION

Année 20\_\_

<b>ADHERENT</b>	<b>DATE</b>	/	/	<b>200_</b>
Nom, Prénom _____				
Adresse _____				
Code Postal –Ville _____				
Téléphone _____				
Courriel _____				
<input type="checkbox"/> <b>Personne avec autisme</b>	<input type="checkbox"/> <b>Parents</b>		<input type="checkbox"/> <b>Sympathisants</b>	
<b>Personne avec autisme concernée :</b>				
NOM et Prénom _____		Sexe _____		
Date de Naissance _____				
Situation (domicile, école, établissement, travail...)				
_____				

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

Date : \_\_\_\_\_

Signature

(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**