



## BULLETIN D'ADHÉSION

Année 202\_

**ADHERENT** \_\_\_\_\_ **DATE** / / 202\_

Nom, Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal – Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

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

**Personne avec autisme concernée :**

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

Paiement par *chèque postal ou bancaire* libellé à l'ordre d'**Autisme Alsace**, à renvoyer accompagné du bulletin à : **Autisme Alsace, 9 rue de Koenigsbruck 67500 Marienthal** ou par *virement sur notre compte* bancaire