



Association Nationale du Syndrome de Sotos

# Bulletin d'adhésion

Madame                       Monsieur                      Reçu fiscal au nom de M ou Mme (cochez votre choix)

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe ..... Téléphone portable .....

Adresse e-mail : .....

Adhère à l'Association Nationale du Syndrome de Sotos en qualité de membre adhérent et s'acquitte d'une cotisation minimale de 30 € par an ou de 15 € le deuxième semestre de la première année. L'adhésion est réservée aux personnes atteintes du Syndrome de Sotos et à leur famille immédiate.

NOM et Prénom de la personne atteinte du syndrome : .....

Lien avec cette personne:

- Elle-même  
 Parents  
 Membre de la famille

Adhésion réglée par :

- Chèque libellé à l'ordre de « Association Nationale du Syndrome de Sotos »  
 Mandat

Le règlement et le bulletin d'adhésion sont à envoyer à M. Christophe PAYEN, trésorier de l'association au 49, rue d'Hardencourt 27000 EVREUX. Un reçu fiscal vous sera adressé au plus tard en début d'année suivante. J'accepte de le recevoir par e-mail :  Oui                       Non

Signature de l'adhérent                      Fait à ..... le .....