



BULLETIN D'ADHESION / DE SOUTIEN

Nom : Prénom :

Nom de la structure (pour les personnes morales):

Adresse :
.....
.....

Téléphone :

Email :

MIEUX VOUS CONNAÎTRE POUR MIEUX VOUS AIDER :

Informations concernant la personne aidée :

Cette personne est mon/ma : Son âge :

Pathologie (Facultatif):

Elle vit : A domicile en établissement spécialisé

➤ Je souhaite adhérer ou apporter mon soutien à l'Association SECOND SOUFFLE dont le siège social se trouve : (*Merci d'adresser ce bulletin à l'adresse ci-dessous*)

ASSOCIATION SECOND SOUFFLE
30 BIS RUE DE GROSROUVRE
78 940 LA QUEUE LEZ YVELINES

➤ Veuillez trouver ci-joint le règlement de la cotisation annuelle et/ou de mon soutien (*si chèque, à l'ordre de l'Association SECOND SOUFFLE*) :

- Adhésion : d'un montant de 10 €

- Soutien à l'Association (Dons) : d'un montant libre de €
 Autre (Précisez).....

➤ Je souhaite recevoir une attestation de paiement de la cotisation :

OUI

NON

A, le

Signature