

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