



## 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 SECONDOUFFLE dont le siège social se trouve : *(Merci d'adresser ce bulletin à l'adresse ci-dessous)*

**ASSOCIATION SECONDOUFFLE**

**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 SECONDOUFFLE)* :

- 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*