



**Association A la Volette  
- pour les dysplasies polyépiphysaires -**

**BULLETIN D'ADHESION ou DON**

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance (surtout pour les patients) : ...../...../.....

Adresse .....

e-mail.....@.....

N° de téléphone.....

déclare vouloir **adhérer** à l'association A LA VOLETTE pour les dysplasies polyépiphysaires pour l'année 2009 dont la cotisation annuelle est de 15 euros.

faire un **don** de ..... €

Versement : chèque bancaire à l'ordre de l'Association à la Volette.  
J'ai noté qu'un reçu me sera transmis en retour.

**Renseignements divers :**

Je suis\* :  patient  Père / Mère  Famille  Sympathisant

\* Précisez éventuellement le lien avec la maladie :

.....

**Patients ou Parents de patients :**

j'accepte que mes coordonnées soient éventuellement communiquées à d'autres adhérents de l'association ou patients qui nous contacteraient.

je n'accepte pas que mes coordonnées soient communiquées.

A.....,  
le...../...../.....

Signature :