



## BULLETIN D'ADHESION

CDKL5 Alliance Francophone

11 square Camille Saint Saëns, 91310 Longpont sur Orge

Association soumise à la Loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901.

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone(s) : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

*En nous communiquant votre adresse e-mail et votre numéro de téléphone, vous acceptez de recevoir des informations de l'association CDKL5 Alliance Francophone.*

Votre lien avec la maladie :

*Cette information permettra de distinguer les parents adhérents et les autres membres, dans un but de communication ciblée.*

Parent d'un enfant porteur du trouble CDKL5 / responsable

▪ Nom et Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

▪ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Autre membre de la famille

Sympathisant

Professionnel de santé

Votre adhésion :

Je souhaite adhérer à l'association CDKL5 Alliance Francophone et je règle ma cotisation de 20€ pour l'année 2017

Je souhaite adhérer à l'association CDKL5 Alliance Francophone, je règle ma cotisation de 20€ pour l'année 2017 et je fais un don de \_\_\_\_\_ € via un chèque séparé.

Je ne souhaite pas adhérer à l'association CDKL5 Alliance Francophone mais je fais un don d'un montant de \_\_\_\_\_ €

*Merci d'envoyer votre paiement par chèque à l'adresse suivante :*

*CDKL5 Alliance Francophone – Trésorerie*

*Maison 18*

*154 Route De St Simon*

*31100 Toulouse*

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature, précédée de la  
mention « Lu et approuvé »

*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion et ne feront l'objet d'aucune communication extérieure sans votre consentement explicite. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Pour l'exercer, adressez-vous au secrétaire de l'association via le formulaire de contact du site [www.cdkl5.fr](http://www.cdkl5.fr)*