

ADHÉSION

Nom : Prénom :

Adresse:

.....

Email :@.....

Téléphone :/...../...../...../.....

Déclare être en accord avec les valeurs de l'association et adhère à l'association Trisomie 21 Ille et Vilaine.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Vous êtes:

- Une personne porteuse de Trisomie 21
- Un parent d'une personne porteuse de Trisomie 21
- Un professionnel (précisez votre profession).....
- Autre

COTISATION

Je verse une cotisation annuelle de:

- 50 € par famille

Je souhaite m'abonner à la revue trimestrielle Trisomie 21 France (cotisation supplémentaire de 10€)

- Oui
- Non

Signature