

## ADHESION

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

*Fait le  
à  
Signature*