



BULLETIN D'ADHESION

NOM :

Adresse :
.....

Téléphone :

Adresse e-mail :

Vous êtes :

- . Parent d'une personne atteinte de troubles envahissants du développement
- . Ami, sans lien de parenté particulier
- . Professionnel

Quelle est votre profession ?
Où exercez-vous ?

Je verse la somme de 20 € (adhésion simple)

Je fais un don de€ et je souhaite être adhérent

Association reconnue d'utilité publique par décret du 07/04/04 publié au J.O du 15/04/04

AUTISME CORNOUAILLE
Partenaire d'Autisme France
40 rue du Ménez 29500 ERGUE GABERIC
autismecornouaille2019@gmail.com