



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 10 Euros (adhésion simple)

Je fais un don deet 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
06 82 33 69 73