



Adhésion 2017

Je (nous) soussigné :

M..... Mme.....

Nom/prénom/Date naissance **Enfant AHC**.....

Nom/prénom/Date naissance **Frère(s)Sœur(s)**.....

désire(nt) adhérer (**20€**) à l'Association A.F.H.A (Association Française de l'Hémiplégie Alternante)

Date et signature :

Ci-joint un chèque de 20 € (cotisation par famille)

Ci-joint un chèque de € à titre de don

Je recevrai mon reçu fiscal
(66% des sommes versées sont directement déductibles de votre imposition)

Libellez vos chèques à l'ordre de **A.F.H.A** – un seul chèque suffit (cotisation+don)

Droit à l'image :

Acceptent que les **PHOTOS** soient diffusées (rayez les mentions inutiles) :

1/ aux familles de l'AFHA **2/** sur le site internet de l'AFHA (espace adhérent) **3/** dans le bulletin d'information AFHA (journal « Le lien  ») **4/** dans les supports de communications pour les actions au profit de l'AFHA (réseaux sociaux, affiches etc.)

Coordonnées actualisées :

Acceptent que ces coordonnées soient diffusées (rayez les mentions inutiles) :

1/ aux autres familles de l'AFHA **2/** sur le site internet de l'AFHA **3/** dans le bulletin d'information AFHA

Domicile :

① Tél : Portable: E-mail:

Évènement important : (naissance ou autre).....

Centre ou école accueillant votre enfant :

Ville :

① Téléphone : E-mail :

Neuro-pédiatre, Neurologue, ou médecin suivant votre enfant pour sa maladie :

Adresse :

① Téléphone : E-mail :

A renvoyer à : **A.F.H.A - 4 chemin de la sablière – 91180 St Germain les Arpajon**