



# BULLETIN D'ADHESION

Renouvellement  1 ère adhésion

Madame  Monsieur  Madame et/ou Monsieur

Reçu fiscal au nom de  M ou  Mme ou  Mme M (cochez votre choix)

Nom ..... Prénoms.....

Adresse.....

.....

Code Postal ..... Ville .....

Pays .....

Téléphone fixe ..... Téléphone portable .....

Adresse e.mail .....

Souhaite adhérer à l'Association L'Eveil Syndrome de Sotos et troubles apparentés en qualité de :

Membre adhérent et acquitte une cotisation minimale de 30 euros par an.

Le statut de membre adhérent est réservé aux personnes atteintes du syndrome de Sotos et à leur famille immédiate.

Lien avec une personne atteinte du syndrome de SOTOS :

- Elle-même
- Parent
- Autres .....

Ci-joint, le règlement des droits d'inscription d'un montant de..... par :

- Chèque libellé à l'ordre de « SOTOS ASSOCIATION – L'EVEIL »
- Virement à l'IBAN FR76 3000 4018 5800 0100 0414 179
- Autre (à préciser).....

Le chèque pour la cotisation et le bulletin d'adhésion sont à adresser à

**L'EVEIL – ASSOCIATION POUR LE SYNDROME DE SOTOS ET TROUBLES APPARENTES**  
**Lieu-dit Les Sources 72550 Fay**

Merci

Un reçu fiscal vous sera adressé au plus tard en début d'année suivante.

La gestion de l'Association étant transparente, vous pouvez demander à consulter les bilans comptables à tout moment en vous adressant à [tresorerie@sotoseveil.fr](mailto:tresorerie@sotoseveil.fr) .

Fait à..... le .....