

L'adhésion à l'AFSA est valable du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020

Les critères pour soutenir en confiance :

- Toute dépense est approuvée par une instance décisionnaire : Conseil d'Administration (familles bénévoles concernées par le syndrome), Conseil Médical et Scientifique ou Conseil Paramédical et Éducatif.
- L'AFSA a reçu l'Agrément du Ministère de la Santé et des Solidarités - N2016AG0047.
- L'AFSA publie annuellement ses comptes visés par un expert-comptable.

Mes coordonnées

M. et Mme

Mme

M.

Nom :

Prénom(s) :

Adresse

Code postal :

Ville :

Email :

Portable :

Mon soutien

Je souhaite devenir membre adhérent (ou renouveler mon adhésion) et recevrai automatiquement le bulletin d'informations «AFSA Liaisons» 35€

Je souhaite soutenir l'AFSA en faisant un don de (indiquer le montant dans la case) :

Je suis père, mère ou tuteur d'une personne atteinte du syndrome d'Angelman. Je remplis le formulaire en page 2.

Je soutiens l'AFSA par amitié pour (indiquer le nom et prénom de la personne)

Mon paiement

Par chèque à l'ordre de l'AFSA, accompagné de ce bulletin à :
AFSA - 39 rue de l'Amiral Mouchez - 75013 PARIS

Par virement bancaire en indiquant votre nom et prénom et en envoyant ce bulletin à
regine.gomis@angelman-afsa.org
IBAN : FR7618306000591187446860724 // BIC : AGRIFRPP883

Fiche de renseignements sur la personne porteuse du syndrome



Vous êtes adhérent de l'AFSA et votre enfant petit ou grand est porteur du syndrome d'Angelman.

Afin de mieux connaître vos enfants merci de répondre à quelques questions.

Vos réponses pourront nous aider à organiser des événements mais aussi à mettre en place des projets de prise en charge.

Bien cordialement,

L'équipe de l'AFSA

*Obligatoire

Quel est le prénom de votre enfant ?

Quel est le nom de votre enfant ?

Quel est le sexe de votre enfant ?

Fille

Garçon

Sa date de naissance ? (Exemple : 15/12/2012)

Les noms et prénoms du parent (personne ayant rempli l'adhésion)

Adresse mail (celle indiquée lors de l'adhésion)* :