



Autisme Sénonais  
Vers l'Autonomie

# BULLETIN D'ADHESION

Renouvellement Nouvel(le) Adhérent (e) Cochez la bonne case

**Merçi d'écrire lisiblement en lettres majuscules**

## Pour les familles :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'enfant \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prénoms frères et sœurs \_\_\_\_\_

## Pour les professionnels et adhérent seul :

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

Société \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

J'adhère en tant que membre:

Cotisation annuelle

Famille 30€  adhérent seul 15€  Don ( \_\_\_\_\_ €)  Professionnel 20€

Je règle:  Par chèque à l'ordre d'ASVA  En espèce, auprès du Trésorier

### **LIRE ATTENTIVEMENT LE REGLEMENT INTERIEUR**

Je reconnais avoir pris connaissance de l'intégralité du règlement intérieur: date et signature de l'adhérent ou du parent adhérent suivies de la mention «lu et approuvé»

Date:

Signature