

Formulaire d'adhésion



Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____

Ville _____

Téléphone _____

Adresse mail _____

Vous êtes :

- Parent d'une personne porteuse de Trisomie 21 : oui non

Si oui, prénom et date de naissance de la personne _____

- Professionnel d'une équipe de soin : oui non

Si oui : quelle est votre fonction ? _____

Cotisation annuelle : 25 euros

Abonnement à la revue trimestrielle de Trisomie 21 France pour 10 euros oui non

Souhaitez-vous un reçu fiscal ? : oui non

Commentaires :

