

Bulletin d'adhésion

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

Tél E-mail.....

Membre actif : 20 €

Membre bienfaiteur : à partir de 50 €

Je joins un chèque à l'ordre de Autisme Alliance 85 accompagné de ce bulletin à
Autisme Alliance 85 - Pôle Associatif - 71, boulevard Aristide Briand - Boite aux lettres N°129
85000 LA ROCHE SUR YON

Mieux vous connaître peut nous aider*

Vous êtes :

Autiste/TED

Sympathisant

Parents

Professionnel en activité

Fratrnie

Professionnel hors activité

Famille

Métier exercé (pour les professionnels):.....

Jeune autiste concerné :

Prénom : Sexe :

Année de naissance :Spécificité du trouble :

Lieu de prise en charge :

*Vos données personnelles ne seront pas communiquées hors de l'association sans votre autorisation