



leur ouvrir les mains, c'est leur donner des ailes

## ADHESION – ABONNEMENT – DON

Merci d'envoyer feuille et chèque à la responsable des adhésions  
Zoubida ATTAF 4 rue Marc Seguin 92240 MALAKOFF

Madame & Monsieur <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/>	Mademoiselle <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	
NOM .....					
PRENOM.....					
ADRESSE.....					
CODE POSTAL.....		VILLE			
TEL FIXE .....		TEL MOBILE			
email (en majuscule) ..... @ .....					
Profession du père .....de la mère.....					
souhaitez-vous un accès à notre intranet ?				oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Je suis /nous sommes	les parents <input type="checkbox"/>	le père <input type="checkbox"/>	la mère <input type="checkbox"/>	la fratrie <input type="checkbox"/>	
	les grands parents <input type="checkbox"/>	famille <input type="checkbox"/>	amis <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>	
De (nom et prénom de l'enfant) .....					

**J'apporte mon soutien aux actions engagées par l'Association Française du Syndrome de Rett en**

<b>adhérent en qualité de membre</b>	<b>montant annuel 30 €</b>	.....€
L'abonnement au <i>RETT info</i> est gratuit pour les parents adhérents		
<b>m'abonnant au <i>RETT info</i> (4 numéros par an)</b>	<b>montant annuel 16 €</b>	.....€
<b>faisant un don</b>	<b>montant du don</b>	.....€
Veuillez libeller le chèque à l'ordre d'AFSR		
Vous pouvez opter pour le prélèvement automatique en le téléchargeant sur le site <a href="http://www.afsr.net">www.afsr.net</a>		<b>TOTAL .....€</b>

Date :	signature:
<small>Le montant de votre cotisation ou don sont déductibles des impôts dans la limite des lois en vigueur. La cotisation n'est déductible que pour les adhérents non parents (cf. <i>RETT info</i> n°43 p 19). Un reçu fiscal sera envoyé ultérieurement. Conformément à la loi Informatique et Liberté n°78-17 du 06 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant en vous adressant à l'AFSR. Les informations recueillies ne seront utilisées qu'à des fins de gestion et ne feront l'objet de communications extérieures que pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.</small>	



## RENSEIGNEMENTS

Les informations ci-dessous sont nécessaires à la mise à jour des données de l'AFSR et sont confidentielles

Acceptez vous que vos coordonnées soient transmises à d'autres parents ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Acceptez vous que vos coordonnées soient transmises au corps médical ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
parents <input type="checkbox"/>	père <input type="checkbox"/>	mère <input type="checkbox"/>
	tuteur <input type="checkbox"/>	
NOM.....PRENOM.....		
PROFESSION .....		
Avez-vous des compétences à mettre au service de l'AFSR ? Lesquelles :.....		
Votre employeur pourrait il être mécène de l'AFSR ?		
	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Nom de l'employeur du père .....de la mère.....		
ENFANT	Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>
NOM ..... PRENOM .....		
DATE DE NAISSANCE.....	Avez-vous d'autres enfants ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
	Combien ?.....	
Médecin traitant .....	Spécialité .....	
Lieu d'exercice .....	Ville .....	
Spécialiste s'il y a lieu .....	Spécialité .....	
Y a-t-il eu un diagnostic moléculaire ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	Quelle mutation ?	
L'enfant / l'adulte est il accueilli dans un établissement ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
interne <input type="checkbox"/>	externe <input type="checkbox"/>	Nombre de ½ journées : .....
NOM DE L'ETABLISSEMENT .....		
ADRESSE .....		
CODE POSTAL .....	VILLE .....	
Nom de la personne dans l'établissement destinataire du <i>RETT info</i> .....		
Percevez-vous l'AAEH ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Quel complément ?	1er <input type="checkbox"/>	2ème <input type="checkbox"/>
	3ème <input type="checkbox"/>	4ème <input type="checkbox"/>
	5ème <input type="checkbox"/>	6ème <input type="checkbox"/>
Percevez-vous la PCH?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Percevez-vous l'AAH ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>