

Vous trouverez ci-joint, un bulletin d'adhésion à TRISOMIE 21 Deux Sèvres pour l'année 2011  
Ce bulletin, en deux feuillets, nous est demandé par notre fédération TRISOMIE 21 FRANCE

Le montant de cette adhésion est fixé comme suit :  
A partir de 50 € pour les parents  
A partir de 30 € pour les professionnels et sympathisants

Ce montant comprend l'adhésion à l'association et l'abonnement au journal fédéral < TRISOMIE 21 >

Le chèque est à faire à l'ordre de : TRISOMIE 21 Deux Sèvres  
Et à expédier à : Trisomie 21 Deux-Sèvres BP 3048 180 avenue de La Rochelle 79012 Niort cedex  
Votre cotisation donne droit à réduction d'impôts

**MERCI POUR VOTRE SOUTIEN**

**BULLETIN D'ADHESION 2011**  
À l'association départementale

Ce volet est destiné à : **TRISOMIE 21 Deux-Sèvres**  
**Association départementale**



Mlle. Mme. M. .....  
Prénom : .....  
  
Adresse : .....  
Rue : .....  
Ville : .....  
C.P. : - - - -  
  
E-mail : .....@.....

Profession : .....  
Tél. (facultatif) .....  
Déclare adhérer à l'association départementale dont le tampon est apposé ci-dessus.  
Cette association est membre de TRISOMIE 21 FRANCE  
*(Fédération des Associations pour l'Insertion sociale  
Des personnes porteuses d'une Trisomie 21)*  
J'ai pris connaissance des statuts et règlements de l'association  
Départementale et je partage les objectifs et les principes qu'elle défend.

*(Facultatif)*  
Parent d'enfant trisomique ..... OUI NON  
*(Si oui)* date de naissance - - - - -  
Professionnel de l'équipe de soins ..... OUI NON  
*(Si oui)* Fonction .....  
Autre (préciser) .....

Je verse une cotisation annuelle de \_ \_ \_ , \_ \_ \_ €  
Y compris 10 € pour TRISOMIE 21 FRANCE  
correspondant à l'abonnement au journal < TRISOMIE 21 >

Adhérent

**BULLETIN D'ADHESION 2011**  
À l'association départementale

Ce volet est destiné à : **TRISOMIE 21 FRANCE**  
**4 square François Margand BP 90249**  
**42006 SAINT-ETIENNE Cedex 1**



Mlle. Mme. M. .....  
Prénom : .....  
  
Adresse : .....  
Rue : .....  
Ville : .....  
C.P. : - - - -  
  
E-mail : .....@.....

Profession : .....  
Tél. (facultatif) .....  
Déclare adhérer à l'association départementale dont le tampon est apposé ci-dessus.  
Cette association est membre de TRISOMIE 21 FRANCE  
*(Fédération des Associations pour l'Insertion sociale  
Des personnes porteuses d'une Trisomie 21)*  
J'ai pris connaissance des statuts et règlements de l'association  
Départementale et je partage les objectifs et les principes qu'elle défend.

*(Facultatif)*  
Parent d'enfant trisomique ..... OUI NON  
*(Si oui)* date de naissance - - - - -  
Professionnel de l'équipe de soins ..... OUI NON  
*(Si oui)* Fonction .....  
Autre (préciser) .....

Je verse une cotisation annuelle de \_ \_ \_ , \_ \_ \_ €  
Y compris 10 € pour TRISOMIE 21 FRANCE  
correspondant à l'abonnement au journal < TRISOMIE 21 >

SIGNATURES  
Adhérent

Président départemental