



ADHESION 2014

Nom : Prénom.....

Adresse.....

.....

.....

Tél :

e.mail :

⇒ envoie le montant de ma cotisation soit 31 € par chèque ☐

⇒ verse un don (sans aucun caractère obligatoire) à l'association du Syndrome de Williams Bretagne
d'un montant de ☐
(une attestation de don vous sera retournée)

Personne atteinte du syndrome :

nom :, prénom : date de naissance :

Lien avec :

Personne elle-même ☐ Parent ☐ Famille ☐ Ami ☐ Autres ☐

Fait à :

Le

Signature

A envoyer à :
Katy VEILLON
14 Bohast
29640 PLOUGONVEN
0298622466