

**Bulletin d’adhésion**

**ASSOCIATION POUR L’INFORMATION ET LA PREVENTION DE LA DREPANOCYTOSE**

**BULLETIN D’ADHESION OU DE RENOUVELLEMENT (à renvoyer à l’association)**

**Nom : Prénom :**

**Adresse : Email :**

**Portable :  :**

**Êtes-vous malade ? Oui ☐ Non ☐**

**Avez-vous un enfant malade ? Oui ☐ Non ☐**

**Son âge :**

**Cotisation annuelle : 23,00€**

**Adhésion ☐ Renouvellement ☐ Don ☐**

***Par chèque bancaire, postal, mandat lettre ou virement à l’ordre de :***

**A.P.I.P.D. CCP 249 47 X PARIS**

**Correspondance :**

**A.P.I.P.D.**

**A.P.I.P.D.** 7 ter, rue Édouard vaillant 93400 SAINT-OUEN

**Téléphone**: 01 40 10 02 49

***Un reçu fiscal vous sera adressé en fin d’année***