



**BULLETIN d'adhésion 2021**  
Association Française Hailey Hailey Darier

**RENSEIGNEMENTS concernant l'adhérent (e)**

NOM.....PRENOM.....  
Adresse.....  
.....  
Téléphone(s).....  
Email ...

**Etes-vous :**

- Le/la malade  Famille du malade (précisez le nom).....  Autre  
 Je souhaite devenir **membre adhérent**, Je verse la cotisation 2021 de **30 €**  
 Je souhaite **faire un don libre** à l'association, Je verse la somme de ..... €.

**Règlement :**  chèque ou  
 virement de.....€  mensuels  trimestriels  annuel  
Pour obtenir un RIB de l'AFRHAIDA merci d'en faire la demande par mail, ou par téléphone

**POUR OBTENIR UN RECU FISCAL IL EST OBLIGATOIRE D'ADRESSER VOTRE BULLETIN D'ADHESION A L'ASSOCIATION (par voie postale ou mail)**

*Chèque à libeller à l'ordre de : **AFRHAIDA** et à adresser à :*

**Mme Aurore BOULEAU – AFRHAIDA – 1 Résidence Les Sagittaires  
59990 PRESEAU  
06 82 92 05 77  
mail : [afrhaida@yahoo.fr](mailto:afrhaida@yahoo.fr)**

Je souhaite recevoir de la documentation sur la maladie de :

- Hailey Hailey**  **Darier**

J'autorise après en avoir été informé(e) que mes coordonnées soient communiquées à d'autres malades de ma région qui souhaiteraient avoir un contact ?

- OUI  NON

J'accepte que mes coordonnées fassent l'objet d'un traitement informatique à l'usage exclusif d'AFRHAIDA. L'enregistrement de ces données permet d'enregistrer votre don, et de vous adresser un reçu fiscal.

**Date :**

**Signature :**