

BULLETIN (A conserver par l'association)



NOM

PRENOM

Adresse

Téléphone

E.mail

Je souhaite devenir membre de l'Association Trisomie 21 Côte d'or

A ce titre, je déclare connaître l'objet de l'Association et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition dans les locaux de l'Association 41 rue d'York à Dijon et sur le site de l'Association.

Le montant de la cotisation est de 40€ pour la 1ère personne de la famille et 25€ pour les personnes suivantes (famille : père, mère, fratrie, tuteur)

Je souhaite soutenir l'Association, je fais un don de €.

Ce don ouvre droit à l'avantage fiscal prévu à l'article 199 du Code Général des Impôts, un reçu fiscal me sera adressé par courrier électronique ou postal.

Date :

Signature (faire précéder de la mention "Lu et Approuvé")



RECU pour adhésion (A remettre à l'adhérent)

Je soussigné Laurence CAVINA, présidente de l'Association Trisomie 21 Côte d'or, déclare avoir reçu le bulletin d'adhésion de :

NOM

PRENOM

ainsi que sa cotisation

Ce reçu confirme votre qualité de membre et vous ouvre droit au vote lors de l'Assemblée générale de l'Association

Fait à _____, le _____

A renvoyer avec votre chèque à :

Association Trisomie 21 Côte d'or

Maison des Associations Boite C7, 2 rue des Corroyeurs

21000 DIJON

Site : <http://www.trisomie21-cotedor.org>

Contacts Presidencetrisomie21co@gmail.com

Tresoreriet21@gmail.com