

# 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](mailto:Presidencetrisomie21co@gmail.com)**

**[Tresoreriet21@gmail.com](mailto:Tresoreriet21@gmail.com)**