



## BULLETIN D'ADHESION du 01/01/2012 au 31/12/2012

Adhésion

Don

Adhère depuis :

Noms Adhérent : .....

Prénoms Adhérent : .....

Parent  Autre lien de parenté (préciser)  : .....

Personne atteinte : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Nom Membre du forum : .....

Nom Membre du site : .....

N°de tél 1

N°de tél 2

Email

ADSL :  Oui  Non

**J'adhère à l'association « Les Feux Follets » et je recevrai automatiquement le journal trimestriel « Le Lien », minimum 35€, toute somme versée en plus sera considérée comme don : .....**(préciser le montant de la cotisation).

**Je désire seulement faire un don à l'association « Les Feux Follets » et je ne recevrai pas le journal trimestriel « Le Lien » :** .....(indiquer le montant du don).

**Pour les étudiants qui ont un régime hypoprotidique, l'adhésion est gratuite s'ils envoient la photocopie de leur carte d'étudiant.**

Madame, Monsieur, .....

- autorisent « **Les Feux Follets** » à transmettre leurs coordonnées, y compris l'adresse e-mail, au sein de l'association :  OUI  NON

- autorisent « **Les Feux Follets** » à transmettre leurs coordonnées, y compris l'adresse e-mail, aux laboratoires partenaires de l'association :  OUI  NON

- désirent être conviés aux ateliers goûter et cuisine de « **Les Feux Follets** » :  OUI  NON

A ..... Le .....

Signature :

Centre et lieu où sont suivis votre ou vos enfant(s) :

Nom du médecin :

Nom du diététicien :

Avez-vous fait une demande d'AEEH ?

Avez-vous obtenu l'AEEH ?

Catégorie AEEH?

Bénéficiez-vous d'une Allocation de Présence Parentale ?

Commandez vous des produits en dehors des produits listés par AGEPS ?  Oui  Non

Lesquels ? .....

Comment avez-vous connu l'association ? (Cocher la case correspondante)

Médecin traitant  Hôpital  Internet  Bouche à Oreilles  PMI

Autres (préciser) .....

Avez-vous déjà visité le site Web de l'association [www.phenylcetonurie.org](http://www.phenylcetonurie.org) ?  Oui  Non

Que souhaiteriez-vous y trouver comme information ?

Commentaires autres : .....

Souhaiteriez-vous vous impliquer plus dans les actions de l'association?  Oui  Non

Si oui →  au sein du CA ou bien  dans des actions plus ponctuelles

**Souhaitez-vous recevoir le Lien en version papier  OU en version numérique uniquement**

Tournez SVP

	Prénoms	Dates de naissance	Maladies métaboliques	ALD <sup>1</sup> 100% (Oui / Non)
<b>Père</b>	Profession :.....		Autre maladie.....	
<b>Mère</b>	Profession :.....		Autre maladie.....	
<b>Enfant 1</b>			Autre maladie.....	
<b>Enfant 2</b>			Autre maladie.....	
<b>Enfant 3</b>			Autre maladie.....	
<b>Enfant 4</b>			Autre maladie.....	
<b>Enfant 5</b>			Autre maladie.....	

Merci d'envoyer par courrier ce document rempli et votre règlement à l'ordre de « **Les Feux Follets** » à l'adresse suivante :

**Véronique BERTHE, "LES FEUX FOLLETS"**  
**1043, rue de la Vacquerie F-59283 MONCHEAUX France**

<sup>1</sup>ALD : Affection Longue Durée

<sup>2</sup>AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

AGEPS <sup>3</sup>: Agence Générale des Equipements et Produits de Santé

Les informations recueillies sont nécessaires pour la gestion de nos adhérents. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant veuillez vous adresser à Madame Véronique BERTHE.