



ASPERANSA

Association pour la Sensibilisation à la Protection, l'Éducation et la Recherche sur l'Autisme, et Notamment le Syndrome d'Asperger.

Date : .. / .. /

Adhérent :

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom

Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone

Adresse email

Profession

Parent d'un enfant autiste ou syndrome d'Asperger

Prénom : Né(e) le : Sexe :

Personne autiste, syndrome d'Asperger

Famille

Sympathisant

Professionnel de santé

Verse le montant de la cotisation et/ou du don suivant par chèque bancaire ou postal

Cotisation annuelle* : 20 €

Cotisation + Don* : 20 € + €

Don simple sans adhésion* : €

* Adhésion et don sont déductibles des impôts à hauteur de 66 % du montant et dans la limite de 20 % du revenu imposable

A l'ordre de **ASPERANSA**

Siège social : 135 rue du Vaisseau l'Intrépide 29200 BREST

Signature