



ASPERANSA

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

Bulletin d'Adhésion à ASPERANSA

ADHÉRENT

Date : _____ 2005

Mme, M..... : _____
Prénom..... : _____
Adresse..... : _____
Code Postal..... : _____ Ville : _____
Téléphone..... : _____
Adresse E-Mail... : _____
Profession..... : _____

Parent d'un enfant Autiste ou SA..... [] Prénom : _____
Né(e) le..... : _____ Sexe : _____
Personne Autiste ou Syndrome d'Asperger..... []
Famille..... []
Sympathisant..... []
Professionnel de la Santé..... []
Généreux Donateur..... []

Verse le montant de la cotisation annuelle par chèque bancaire ou postal,
soit la somme de : **15 €** [] ou le don de : **30 €** [] **45 €** [] **plus** : _____

À l'ordre de **ASPERANSA**

Siège Social..... : 135 rue du Vaisseau l'Intrépide
29200 – **BREST**

Contact, accueil et conseils :

Téléphone..... : **02 98 40 55 54** ou **06 83 53 13 25** ou **06 63 71 10 47**

E-Mail..... : asperansa@asperansa.org

Signature :