



# ADHÉSION

Année :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Portable :

Email :

Statut :

Personne cérébrolésée

Famille

Ami

Professionnel

Situation familiale :

Célibataire

Marié(e)

Union libre

Divorcé(e)

Séparé(e)

Veuf(ve)

Nombre d'enfants :

J'adhère à l'AFTC74 et vous adresse la somme de 40 € minimum.

Je fais un don complémentaire de : ..... €

À :

Le :

Signature :