

## **BULLETIN D'ADHESION A L'ASSOCIATION DES FAMILLES DREPANOCYTAIRE DU LOIRET**

Je soutiens les actions de l'association des familles drépanocytaire du Loiret (AFD45).

**Nom et Prénom :**

---

**Date de naissance :**

---

**Adresse :**

---

---

**Téléphone :**

---

**Email :**

---

Êtes-vous malade ? Oui  Non

Avez-vous un enfant malade ? Oui  Non  Son âge :

**Adhésion annuelle de 10€.**

Je désire faire un don de \_\_\_\_\_ € en complément de mon adhésion.

Total de mes versements \_\_\_\_\_ €

**Renvoyez ce bulletin complet avec un chèque à l'ordre de l'ASSOCIATION DES FAMILLES  
DRÉPANOCYTAIRES DU LOIRET à l'adresse suivante :**

Association des familles drépanocytaire du Loiret  
960 rue de l'orme au coin  
45770 Saran.