

APPEL DE COTISATION

Talon à retourner au siège de l'AFAPEI, 76 rue de Blotzheim – 68870 BARTENHEIM.

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : Adresse mail :

Parent Tuteur Ami

Je souhaite être membre de l'AFAPEI Oui Non

Nom de la personne handicapée :

Son adresse :

.....

Etablissement fréquenté : IME ESAT FOYER MAS

En versant la cotisation de 73 euros, j'adhère à l'Association Frontalière des Amis et Parents de Personnes Handicapées Mentales.

Je souhaite soutenir l'AFAPEI par un don sans être membre.

Un reçu fiscal vous sera directement délivré fin janvier de l'année suivante pour la réduction d'impôt qui correspond à 66% des sommes versées dans la limite de 20% des revenus imposables.

Date :

Signature :