



## **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 75 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 égale à 66% du total des versements dans la limite de 20% du revenu imposable de votre foyer.

Date : .....

Signature :