



LIEWESFREED SICHEN AN FANNEN, DAT ASS ONST ZIL!

Association Luxembourgeoise d'aide pour les personnes Atteintes de maladies Neuromusculaires et de maladies rares

Reconnue d'utilité publique par arrêté grand-ducal du 29.04.2000

FICHE D'ADMISSION

Nom ..... Prénom .....
Rue ..... N° ..... L- ..... Localité .....
Date de naissance ...../...../.....
Tél. .... Fax .....
E-mail .....

En cas de carte de membre familiale, veuillez mettre le ou les noms des membres au-dessus de 18 ans qui font partie de votre ménage.

Nom(s) ..... Prénom(s) .....
Date de naissance ...../...../.....

Je suis d'accord que ces coordonnées soient transmises à d'autres membres de l'association
[ ] oui [ ] non

Êtes-vous concerné par une maladie neuromusculaire ?
[ ] non [ ] oui -> Type de la maladie .....
↓
Personne(s) concernée(s)
Nom ..... Date de naissance ..... Type de la maladie .....
Parenté .....

Veuillez cocher ci-dessous la case correspondant à votre choix d'adhésion à l'association :

[ ] Sympathisant

Est considéré comme sympathisant de l'association, toute personne ou famille soit concernée par la maladie, soit désireuse d'apporter son soutien financier ou moral à l'association et/ou de servir au mieux les intérêts des personnes atteintes de la maladie.

Tout sympathisant est libre de se retirer à tout moment de l'association en informant par simple lettre le Conseil d'Administration de sa décision.

[ ] Membre effectif

Les membres effectifs de l'Association sont les associés « à part entière », ils jouissent des droits organisés par les statuts et participent aux assemblées générales dans lesquelles ils ont le droit de vote.

Je veux (Nous voulons)

- [ ] Une carte de membre personnelle : 10€ [ ] Une carte de membre familiale : 15€
[ ] Le courrier de l'association

Merci de retourner cette fiche au secrétariat

Date ..... Signature(s) .....

Secrétariat : 23A, rue de Luxembourg L-7480 Tuntange Tél. : 266 112-1 Fax : 266 112-27
CCPL LU95 1111 0004 2638 0000 BCEE LU89 0019 1300 5184 5000