



## BULLETIN D'ADHESION 2017

Les buts de l'association Syndrome de Kleine-Levin sont de permettre aux malades et à leurs familles de ne plus rester seuls face à cette maladie rare, de faciliter le diagnostic, d'aider la recherche et de mieux faire connaître la maladie.

Vous êtes atteint du syndrome de Kleine-Levin, vous êtes parents, amis et vous souhaitez participer à la vie de l'association ou soutenir ses objectifs et son action..

Merci de compléter votre bulletin d'adhésion et/ou le bulletin de don et de l'envoyer accompagné de votre règlement à :

Nicole MESSARD (trésorière) : 3 route des Berteteries – 44860 Saint-Aignan de Grand Lieu  
- par chèque à l'ordre de l'Association syndrome de Kleine-Levin  
- par virement au compte bancaire : Crédit Mutuel - RIB : 10278 02191 00020199501 02  
- IBAN : FR76 1027 8021 9100 0201 9950 102  
(dans ce cas, merci d'envoyer tout de même votre bulletin complété à l'adresse mentionnée ci-dessus)

### Je désire adhérer à l'association Syndrome de Kleine-levin

#### Adhésion malade (+16 ans)

NOM.....Prénom.....  
Adresse .....  
Code Postal.....Ville.....  
Courriel.....tél : .....

Ci-joint à cet effet mon règlement d'un montant de **5,00 €**

#### Adhésion parent (conjoint, père, mère, grand-père, grand-mère, fils, fille) (*souligner la mention adéquate*)

NOM.....Prénom.....  
Adresse .....  
Code postal.....Ville.....  
Courriel.....tél : .....

Ci-joint à cet effet mon règlement d'un montant de (*1 adhésion par personne*) **20,00 €**

#### Adhésion parent (conjoint, père, mère, grand-père, grand-mère, fils, fille, frère, soeur) (*préciser*)

NOM.....Prénom.....  
Adresse .....  
Code postal.....Ville.....  
Courriel.....tél : .....

Ci-joint à cet effet mon règlement d'un montant de (*1 adhésion par personne*) **20,00 €**

**Adhésion famille, amis** (sans droit de vote à l'Assemblée générale)

NOM.....Prénom.....  
Adresse .....  
Code postal.....Ville.....  
Courriel.....tél : .....

Ci-joint à cet effet mon règlement d'un montant de (1 adhésion par personne) **20,00 €**

**Adhésion famille, amis** (sans droit de vote à l'Assemblée générale)

NOM.....Prénom.....  
Adresse .....  
Code postal.....Ville.....  
Courriel.....tél : .....

Ci-joint à cet effet mon règlement d'un montant de (1 adhésion par personne) **20,00 €**

.....  
**Je désire soutenir l'action de l'association Syndrome de Kleine-Levin**

NOM.....Prénom.....  
Adresse .....  
Code postal.....Ville.....  
Courriel.....tél : .....

Ci-joint à cet effet mon don d'un montant de..... €

Total .....€