



## BULLETIN D'ADHESION 2019

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 d'une personne atteinte et vous souhaitez participer à la vie de l'association et/ou soutenir ses objectifs et son action.. ; rejoignez-nous !

Complétez le bulletin d'adhésion et/ou le bulletin de don ci-dessous et envoyez le accompagné de votre règlement à :

Nicole MESSARD (trésorière) : 3 route des Bertteteries – 44860 Saint-Aignan de Grand Lieu  
- chèque à l'ordre de l'Association Syndrome de Kleine-Levin  
- 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) (*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..... €

Date, signature

Total .....€

**L'association Syndrome de Kleine-Levin est reconnue d'intérêt général.  
En application des articles 200 (particuliers) et 238bis (entreprises) du code général des impôts,  
l'association peut bénéficier du régime des dons, permettant aux donateurs une réduction d'impôt  
(66%) sur l'adhésion et les dons, à partir de la délivrance d'un reçu fiscal.**

**Je souhaite recevoir un reçu fiscal pour mes versements.....oui.....non**