



BULLETIN D'ADHESION 2025

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 !

Je désire adhérer à l'association Syndrome de Kleine-Levin :

	Adhésion n° 1	Adhésion n° 2	Adhésion n° 3	Adhésion n° 4	Adhésion n° 5
Nom					
Prénom					
Adresse (si différente)					
Mail					
Tél					
M*/P**/FA***					
Adhésion en €					

Je désire soutenir l'association par un don :

Dons en €					
-----------	--	--	--	--	--

MONTANT TOTAL (adhésion + dons) :€

Date :

Signature :

*Inscrire la qualité dans la case correspondante : Adhésion **M** : malade (+16ans) (5€) OU
Adhésion **P : parents (indiquer la mention adéquate dans la case prévue : conjoint, père, mère, grand-père, grand-mère, fils, fille, frère, sœur) (20€) OU
***Adhésion **FA** : Famille, Amis (sans droit de vote à l'Assemblée générale) (20€)

