

**Certains renseignements sont indispensables pour mieux vous connaître et vous aider, nous vous remercions de bien vouloir nous les indiquer.**

Mr, Mme, Mlle (1) NOM .....PRENOM .....

Nom et Prénom du conjoint (e) ou compagnon /compagne :.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL .....VILLE.....

TELEPHONE .....MAIL .....

Je suis : MALADE, ADANT, PARENT, AMI, BENEVOLE (1)

**Renseignements concernant le (la) malade :**

Date de naissance : .....Année du début de la maladie :.....

Situation de famille : célibataire – marié (e) - veuf (ve) – divorcé (e) (1)

Profession exercée actuellement ou avant cessation d'activités .....

Vous avez un taux d'invalidité : OUI - NON.

Cessation d'activités à l'âge de ..... ans

Retraité(e) : OUI

NON

## **A.G. P. L. ADHESION**

OUI, je souhaite adhérer à l'Association en qualité de :

ADHERENT INDIVIDUEL (1)

50 €

ADHERENT COUPLE (1)

.....70 €

Je fais un chèque à l'ordre de l'AGPL de:

.....€

## **DON A. G P. L.**

OUI, je souhaite faire un don afin de participer au fonctionnement de l'Association et pour cela je fais un chèque à l'ordre de l'AGPL de :

.....€

## **DON POUR LA RECHERCHE**

OUI, je souhaite faire un DON afin de faire progresser la recherche sur la maladie de Parkinson et pour cela je fais un chèque à l'ordre de l'AGPL de :

.....€

**Cotisations et dons sont déductibles des impôts pour 66 % de leur montant**

**DROIT A L'IMAGE :** Il vous est demandé l'acceptation, en tant qu'adhérent, de l'utilisation de votre image (photo libre de droit) prise pour toutes manifestations organisées par l'AGPL, pour la communication faite par l'association, ainsi que le site WEB pour l'année à venir:

OUI

NON