



Bulletin d'adhésion

Année 2017

NOM _____

Prénom _____

Adresse _____

Tel _____

Email _____

Je désire : adhérer renouveler mon adhésion
en qualité de :

Personne avec mutation PCDH19

Père ou mère d'une personne avec mutation PCDH19

Famille d'une personne avec mutation PCDH19

Ami(e) d'une personne avec mutation PCDH19

Professionnel

Et je joins ma cotisation de 10 euros par chèque à l'ordre de
PCDH19 France. (Cette adhésion reste valable du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année
civile.)

Date

Signature

Bulletin d'adhésion à renvoyer à :

PCDH19France
825 avenue des explorateurs
69220 Saint Jean d'Ardières