



Bulletin d'adhésion 2019

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