



## Bulletin d'adhésion 2020

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<sup>er</sup> 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