



ARS
SLA

Association pour la Recherche sur
la Sclérose Latérale Amyotrophique
et autres maladies du motoneurone



BULLETIN D'ADHESION

A renvoyer, avec votre chèque à l'ordre de l'ARS, à :
ARS 75 avenue de la République 75011 Paris

Madame, Mademoiselle,
Monsieur,

NOM (*) : _____ Prénom (*) : _____

Adresse complète (*) : _____

Téléphone : _____

E-mail (notamment pour l'envoi d'Accolade) : _____

Date de naissance : _____ Situation de famille : _____

Profession : _____

(pour les personnes retraitées, mentionner celle exercée antérieurement)

(*) mentions obligatoires pour l'établissement du reçu fiscal

Je suis :

atteint(e) de S.L.A.

sinon je suis :

Conjoint - Parent

Ami - Soignant (*spécialité* : _____)

Autre (_____)

Je souhaite adhérer à l'A.R.S. et verse ma cotisation annuelle de 25 €uros
et j'apporte un soutien supplémentaire par un don à l'Association de _____
€uros

soit un total de : _____ €uros (déductible du montant fiscal selon la loi en vigueur)

Première adhésion ou Renouvellement - Je souhaite participer à une action bénévole

Je ne souhaite pas adhérer à l'ARS ; mon versement doit être considéré comme un simple don

Conformément aux articles 39 et 40 de la loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant dans notre fichier. Nous nous tenons à votre disposition pour cela au 01 43 38 99 35.

ARS
SLA