



## Dyspraxie France Dys Pays de La Loire

Association française œuvrant en faveur des personnes Dyspraxiques avec ou sans troubles associés  
Déclaration du 13 février 2013 en Préfecture de la Sarthe, Modification du 22 novembre 2021 en Sous-Préfecture de Châteaubriant-Ancenis  
Reconnue d'Intérêt Général

Département n° : .....

N° d'adhérent : .....

### BULLETIN D'ADHESION LOCALE DFD Pays de la Loire

(votre adhésion implique automatiquement votre appartenance à DFD Nationale)

### DFD vous remercie de votre adhésion. Merci de cocher la ligne correspondant à votre situation.

- Je souhaite adhérer,  ré-adhérer, je verse une cotisation de 22 €.
- Un membre de ma famille est déjà adhérent, ou adhère ce jour, il est **domicilié à la même adresse**, je verse une cotisation de 11 €.

Indiquer ici le nom ou le numéro de l'adhérent : \_\_\_\_\_

- Au-delà de ma cotisation, je souhaite soutenir DFD en faisant un don. Je joins un chèque de ..... € ou intègre ce don à mon chèque d'adhésion.

Vous souhaitez devenir uniquement donateur, ou faire un don isolé de votre adhésion : un formulaire spécifique est disponible sur demande.

### Coordonnées :

Merci de nous indiquer vos coordonnées, sauf accord, celles-ci resteront internes à l'association et ne seront en aucun cas diffusées à une autre association ou société.

### ECRIRE EN CARACTERES D'IMPRIMERIE - Les rubriques suivies d'un \* sont obligatoires.

Monsieur  Madame  Mademoiselle

Nom \* \_\_\_\_\_ Prénom \* \_\_\_\_\_

Adresse \* \_\_\_\_\_

Code Postal \* \_\_\_\_\_ Ville \* \_\_\_\_\_

Tél. personnel \* \_\_\_\_\_ Tél. portable \* \_\_\_\_\_

E-mail \* \_\_\_\_\_

Profession (obligatoire si vous adhérez à titre professionnel) : \_\_\_\_\_

### CHARTRE D'ADHÉSION :

- \* En adhérant, je m'engage à respecter le fonctionnement de l'association régie par ses Statuts et son Règlement intérieur. Ceux-ci sont mis à ma disposition au format PDF sur simple demande.

Date et signature obligatoires :

### Renseignements concernant la ou les personne(s) dyspraxique(s) :

Prénom(s) et nom \* \_\_\_\_\_ Année(s) de naissance \* \_\_\_\_\_

Lien de parenté \* \_\_\_\_\_

### D.F.D SOUHAITE RÉPONDRE AU MIEUX À VOS ATTENTES :

Si vous acceptez que vos coordonnées soient transmises aux adhérents de l'association, cochez cette case   
N'hésitez pas à nous faire connaître des compétences que vous pourriez mettre à disposition de l'association  
ponctuellement  ou régulièrement

Les renseignements contenus dans le présent bulletin d'adhésion faisant l'objet d'un traitement informatisé, vous disposez conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 d'un droit d'accès et de rectification que vous pourrez exercer à notre siège. Ces informations nominatives sont exclusivement à l'usage de notre association et ne peuvent être communiquées à des tiers sauf aux organismes publics pour répondre à des obligations légales ou accord de l'intéressé.

Siège 7 rue Victor Soucheleau 44210 Pornic - n° de téléphone pour joindre l'association : 06 73 41 22 36

@ mel : veronique.pacaud@dyspraxies.fr - Site Internet : [www.dyspraxies.fr](http://www.dyspraxies.fr) Merci d'indiquer tout changement dans vos coordonnées

Bulletin à adresser à 7 rue Victor Soucheleau 44210 Pornic, accompagné du règlement **par chèque payable en France** à l'ordre de DFD Pays de la Loire (pour tout autre mode de règlement, nous contacter)