



## Je souhaite soutenir l'association Autisme Eveil



**En adhérent à l'association, montant de la cotisation 2024 : 40 €**

!\_! Parent(s)                      !\_! Ami, famille, grands-parents  
!\_! Personne TED                !\_! Professionnel, profession.....  
S'agit-il d'un renouvellement !\_! ou d'une première adhésion !\_! ?

### **En effectuant un don**

D'un montant de .....

➔ **Tout moyen de paiement possible, paiement par chèque à l'ordre d'Autisme Eveil.**

### **Mes coordonnées**

Nom : .....

Prénom : .....

Nom et prénom de la personne avec autisme : .....

Date de naissance de la personne avec autisme.....

Lieu de prise en charge : .....

.....

Adresse personnelle (si changement) :.....

.....

.....

.....

.....

Code postal : .....Ville : .....

.....Pays : .....

Téléphone : .....Portable : .....

.....

E-mail : .....

### **Droit à l'image**

!\_! J'autorise Autisme Eveil à utiliser et diffuser à titre gratuit des photographies me représentant ou représentant les membres de ma famille réalisées lors des sorties loisirs ou autres manifestations. J'accepte que les photographies soient diffusées sur les newsletters, les plaquettes, le site internet, ...

!\_! Je n'autorise pas Autisme Eveil à diffuser des photographies me concernant ou concernant l'un des membres de ma famille.

**Date :**

**Signature**