



ALLIANCE  
SYNDROME  
DE DRAVET

## Vos coordonnées

Nom : .....  
Prénom : .....  
N°, Rue : .....  
Complément d'adresse : .....  
Code postal : .....  
Ville : .....  
Pays : .....  
Téléphone : .....  
Email : .....

- Je ne souhaite pas que mes coordonnées soient diffusées auprès des autres membres d'*Alliance Syndrome de Dravet*

## Votre relation avec le Syndrome de Dravet

- Parent d'enfant SD  
 Famille proche d'enfant SD  
 Sympathisant  
 Professionnel de santé

Prénom de l'enfant : .....  
Date de naissance de l'enfant : .....

## Adhésion / Don 2011-2012

Adhésion / don (\*) pour l'année 2011-2012 :

- 20€** d'adhésion  
 don ponctuel de .....

**(\*) 66% du montant de votre adhésion et de vos dons sont déductibles de votre impôt sur le revenu :**

*Alliance Syndrome de Dravet*, association reconnue d'utilité publique, vous fera parvenir un reçu fiscal. Si vous êtes imposable, il vous permettra de bénéficier d'une réduction d'impôt de 66% dans la limite de 20% de votre revenu imposable.

## Date et signature