



# ASPERANSA

Association pour la Sensibilisation à la Protection, l'Éducation et la Recherche sur l'Autisme, et Notamment le Syndrome d'Asperger.

Date : ... / ... / .....

## Adhérent :

Madame    Mademoiselle    Monsieur

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Téléphone .....

Adresse email .....

Profession .....

Parent d'un enfant autiste ou syndrome d'Asperger

Prénom ..... Né(e) le ..... Sexe .....

Personne autiste, syndrome d'Asperger

Famille

Sympathisant

Professionnel de santé

Verse le montant de la cotisation et/ou du don suivant par chèque bancaire ou postal

Cotisation annuelle\* :            20 €  
Cotisation + Don\* :            20 € + ..... €  
Don simple sans adhésion\* :    ..... €

\* Adhésion et don sont déductibles des impôts à hauteur de 66 % du montant et dans la limite de 20 % du revenu imposable

À l'ordre de **ASPERANSA**  
Siège social : ASPERANSA  
18 rue Léon Frapié - 29200 BREST

Signature