

## BULLETIN D'ADHESION ANNEE 2022

Nom & prénom .....

Adresse .....

Code postal & ville .....

Tél. fixe & portable .....

Email .....

Profession : Madame : ..... Monsieur : .....

Je déclare adhérer à l'Association en qualité de :

- Professionnel
- Parent
- Famille (grands-parents, tante, frère...) : .....
- Société, Association
- Ami, sympathisant

La cotisation est de **38 euros** pour l'année. Chaque adhérent reçoit le Flash-Info.

Souhaitez-vous recevoir le Flash info en version papier ou numérique ?  Papier  Numérique

*La cotisation, considérée comme un don, ouvre droit à déduction fiscale dans les limites prévues par la loi.*

Comment avez-vous connu l'Association ? .....

Récapitulatif :

Cotisation : 38.00 €

Don supplémentaire : ..... €

Total : ..... €

Ci-joint mon règlement de ..... € à l'ordre de « **FRAGILE X France** »

Date et signature

**RAPPEL :** en participant à un événement organisé par Fragile X France, j'autorise automatiquement le droit à l'image pour tous les membres de ma famille sur tous les supports de l'association (flash-infos, Facebook, site web, etc.)

**Dans le cas contraire, je dois le signaler expressément par courrier ou email avant le début de l'événement. Lors de l'événement, je ferai le nécessaire pour ne pas figurer dans les photos de groupe ».**

Association **FRAGILE X France** – 33 Rue Saint Jean de Dieu, 69007 Lyon  
Tél : 06 25 45 64 96 - E-mail : [contact@xfra.org](mailto:contact@xfra.org) - Site : [www.xfra.org](http://www.xfra.org)

L'Association Fragile X France est membre de l'Alliance Maladies Rares, d'Eurordis, et affiliée à l'UNAPEI

## QUESTIONNAIRE, POUR MIEUX VOUS CONNAITRE ET VOUS ORIENTER

Enfant(s) exprimant le syndrome X Fragile : Merci de noter leurs prénoms et dates de naissance :

.....  
.....  
.....  
.....

Enfants n'exprimant pas le syndrome X Fragile : Merci de noter leurs prénoms et dates de naissance :

.....  
.....  
.....  
.....

Lieu & date du diagnostic : .....

Comment le syndrome est-il exprimé chez votre ou vos enfants ?

.....  
.....  
.....  
.....

Comment votre enfant est-il pris en charge : AVS? IME? SESSAD? ... ? Psychomotricien ? Orthophoniste? ...

.....  
.....  
.....  
.....

Quelles sont vos attentes ?

.....  
.....  
.....  
.....

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 Janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'opposition à l'utilisation des données personnelles vous concernant. Aucune information personnelle ne sera transférée, cédée, échangée ou vendue à des tiers par l'association Fragile X France.*