

Nom :
Prénom :
Adresse :
Tél (domicile/ portable) :
Email :

1/ Je suis directement concerné(e)

- Si oui, département de naissance et date de naissance :
- J'ai une pathologie et/ ou syndrome associé(s) ? Aniridie, colobome, malformation de l'iris, syndrome WAGR/ PETERS/ RIEGER/ GILLESPIE :
- Je suis suivi(e) dans le secteur public ou privé et par quel(s) médecin(s) ?
- Je suis suivi(e) en centre de référence maladies rares et par quel(s) médecin(s) :
- Nous autorisez-vous à communiquer vos coordonnées à d'autres membres ?
 OUI Nom, E-Mail, Tél, Adresse
 NON
- Quelles sont vos professions et/ ou vos passions ?
 vous :
 conjoint :
 enfant(s) :

Merci de retourner ce bulletin à :
Mélanie DECHERF – 1360 rue d'ENFER – 62730 MARCK
Un reçu fiscal vous sera ultérieurement adressé

2/ D'autres membres de votre famille sont concernés

- Si oui, lien de parenté, nom, prénom, département de naissance et date de naissance :
- Pathologie et/ ou syndrome associé(s) ? Aniridie, colobome, malformation de l'iris, syndrome WAGR/ PETERS/ RIEGER/ GILLESPIE :
- Je suis suivi(e) dans le secteur public ou privé et par quel(s) médecin(s) ?
- Je suis suivi(e) en centre de référence maladies rares et par quel(s) médecin(s) :

3/ Je souhaite soutenir les valeurs et les actions de l'Association GÉNIRIS en qualité :

- d'adhérent âgé de 18 à 26 ans et m'engage à régler la cotisation annuelle de 15 € ⁽¹⁾
- d'adhérent de + de 26 ans et m'engage à régler la cotisation annuelle de 20 € ⁽¹⁾
- de donateur en faisant un don d'un montant de : €
- de membre actif en apportant mon soutien, mes connaissances et compétences pour l'administration, la gestion, et la communication au sein de l'association

⁽¹⁾ Règlement par chèque libellé à l'ordre de Association GÉNIRIS

Date : Signature :