



TOUS ENSEMBLE CONTRE L'INDIFFÉRENCE

## BULLETIN DE SOUTIEN

**OUI, je soutiens les actions de l'ADHF Handicapés de France**

adhésion  renouvellement

Département: \_\_\_\_\_

Mme  Mlle  Mr

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Tél: : \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

CP: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Je souhaite recevoir des informations de l'ADHF par  courrier  mail

### Faire un don

30 €

50 €

100 €

150 €

200 €

autre: \_\_\_\_\_ €

### Membre Bienfaiteur

1an: 60 €

Paiement par Chèque personnel à l'ordre de l'ADHF Handicapés de France à envoyer avec ce bulletin au Siège national.

Dès réception, nous vous enverrons votre reçu.

Date et signature obligatoire