



## BULLETIN D'ADHESION du 01/01/2019 au 31/12/2019

Adhésion

Don

Adhère depuis : .....

Noms Adhérent : .....

Prénoms Adhérent : .....

Parent  Autre lien de parenté (préciser)  : .....

Personne atteinte : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Pays : .....

N° de tél 1 : .....

N° de tél 2 : .....

Email 1 : .....

Email 2 : .....

**J'adhère à l'association « Les Feux Follets »** minimum 35€, toute somme versée en plus sera considérée comme don : ..... (Préciser le montant de la cotisation).

**Je désire seulement faire un don à l'association « Les Feux Follets »** : ..... (Indiquer le montant du don).

Madame, Monsieur, .....

- Autorisent « **Les Feux Follets** » à transmettre leurs coordonnées, y compris l'adresse e-mail, au sein de l'association : OUI  NON
- Autorisent « **Les Feux Follets** » à transmettre leurs coordonnées, y compris l'adresse e-mail, aux laboratoires, aux partenaires de l'association : OUI  NON
- Désirent être conviés aux ateliers goûter, ateliers de cuisine par internet, journée de rencontre de « **Les Feux Follets** » OUI  NON
- Désirent participer au concours « voyage ESPKU » qui aura lieu entre le 15/10/2019 et le 15/11/2019 en Turquie avec la délégation « **Les Feux Follets** » OUI  NON

A : ..... Le : ..... Signature : .....

Centre et lieu où est suivi le ou les patient(s) :

Nom du médecin :

Nom du diététicien :

Avez-vous fait une demande d'AEEH ?<sup>2</sup>

Avez-vous obtenu l'AEEH ?<sup>2</sup>

Catégorie AEEH<sup>2</sup>?

Bénéficiez-vous d'une Allocation de Présence Parentale ?

Commandez-vous des produits en dehors des produits listés par AGEPS ?<sup>3</sup>  Oui  Non

Lesquels ? .....

Comment avez-vous connu l'association ? (Cocher la case correspondante)

Médecin traitant  Hôpital  Internet  Bouche à Oreilles  PMI

Autres (préciser) .....

Avez-vous déjà visité le site Web de l'association [www.phenylcetonurie.org](http://www.phenylcetonurie.org) ?  Oui  Non

Que souhaiteriez-vous y trouver comme information ?

Commentaires autres : .....

Souhaiteriez-vous vous impliquer plus dans les actions de l'association ?  Oui  Non

Si oui →  au sein du CA ou bien  dans des actions plus ponctuelles

**Etes-vous inscrit à l'e-lien sur [www.phenylcetonurie.org](http://www.phenylcetonurie.org) ?**  OUI  NON

Tournez SVP

	Prénoms	Dates de naissance	Maladies métaboliques	ALD <sup>1</sup> 100% (Oui / Non)	Test BH4	Sous traitement BH4 ?
<b>Père</b>	Profession : .....		Autre maladie.....		Fait ? <input type="checkbox"/> Positif ? <input type="checkbox"/> Négatif ? <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Mère</b>	Profession : .....		Autre maladie.....		Fait ? <input type="checkbox"/> Positif ? <input type="checkbox"/> Négatif ? <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Enfant 1</b>			Autre maladie.....		Fait ? <input type="checkbox"/> Positif ? <input type="checkbox"/> Négatif ? <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Enfant 2</b>			Autre maladie.....		Fait ? <input type="checkbox"/> Positif ? <input type="checkbox"/> Négatif ? <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Enfant 3</b>			Autre maladie.....		Fait ? <input type="checkbox"/> Positif ? <input type="checkbox"/> Négatif ? <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Enfant 4</b>			Autre maladie.....		Fait ? <input type="checkbox"/> Positif ? <input type="checkbox"/> Négatif ? <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Enfant 5</b>			Autre maladie.....		Fait ? <input type="checkbox"/> Positif ? <input type="checkbox"/> Négatif ? <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**COLO  
L'Envol**

Je réponds avant le **28 février 2019**

Je préinscris mon enfant ..... né le ..... qui sera âgé de ..... au moment de la colo l'Envol (du 18/08/2019 au 24/08/2019)

J'envoie un chèque de 150 € à l'ordre de Les Feux Follets. Conditions précisées sur le site <https://phenylcetonurie.org/colo-2019-par-lenvol-et-les-feux-follets-informations-et-modalites-dinscription-12665/>

Merci d'envoyer par courrier ce document rempli et votre règlement à l'ordre de « **Les Feux Follets** » à l'adresse suivante :

**Véronique BERTHE-DEQUIN, "LES FEUX FOLLETS"**  
**1043, rue de la Vacquerie F-59283 MONCHEAUX France**

<sup>1</sup>ALD : Affection Longue Durée

<sup>2</sup>AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

AGEPS <sup>3</sup>: Agence Générale des Equipements et Produits de Santé