BULLETIN D'ADHESION du 01/01/2023 au 31/12/2023

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 ☐

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 [2]? Avez-vous obtenu l'AEEH[2] ?

Catégorie AEEH[2]? Bénéficiez-vous d'une Allocation de Présence Parentale ?

Commandez-vous des produits en dehors des produits listés par AGEPS [3]? ☐ Oui ☐ Non

Lesquels ? ……..

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

☐ Médecin traitant ☐ Hôpital ☐ Internet ☐ Bouche à Oreilles ☐ PMI

☐ Réseau Social (préciser) …….. ☐Autres (préciser)

Avez-vous déjà visité le site Web de l'association 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? ☐ OUI ☐ NON

Tournez SVP

	Prénoms	Dates de naissance	Maladies métaboliques	ALD [1] 100% (Oui / Non)	Test BH4	Sous traitement BH4 ?
Père	**Profession :……**		Autre maladie……		**Fait ?☐ Positif ?☐ Négatif ?☐**	**Oui ☐ Non ☐**
Mère	**Profession :……**		Autre maladie……		**Fait ?☐ Positif ?☐ Négatif ?☐**	**Oui ☐ Non ☐**
Enfant 1			Autre maladie……		**Fait ?☐ Positif ?☐ Négatif ?☐**	**Oui ☐ Non ☐**
Enfant 2			Autre maladie……		**Fait ?☐ Positif ?☐ Négatif ?☐**	**Oui ☐ Non ☐**
Enfant 3			Autre maladie……		**Fait ?☐ Positif ?☐ Négatif ?☐**	**Oui ☐ Non ☐**
Enfant 4			Autre maladie……		**Fait ?☐ Positif ?☐ Négatif ?☐**	**Oui ☐ Non ☐**
Enfant 5			Autre maladie……		**Fait ?☐ Positif ?☐ Négatif ?☐**	**Oui ☐ Non ☐**

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

[1]ALD : Affection Longue Durée [2]AEEH : Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé AGEPS [3]: Agence Générale des Equipements et Produits de Santé

Les informations recueillies sont nécessaires pour la gestion de nos adhérents. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant veuillez vous adresser à Madame Véronique BERTHE-DEQUIN.