



**A renvoyer à l'adresse suivante :**  
**Madame CAVIC, Trésorière FCC - 17 rue de Hautefeuille - 77515 FAREMOUTIERS**

Renouvellement  Non  Oui N° d'adhésion

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Lieu de naissance	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Code Postal	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	Mobile	<input type="text"/>
E-Mail (obligatoire)	<input type="text"/>	Profession	<input type="text"/>

*Si la personne est mineure*

Nom et prénom du père	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Nom et prénom de la mère ou du Représentant légal	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>

Avez vous une Cardiopathie congénitale ?  Oui  Non

Opéré(e)  Oui  Non Suivi médical cardiologue congénitaliste  Oui  Non

Si oui, Nom du cardiologue   
Adresse du cardiologue

**Je souhaite**  faire un don  adhérer  
 renouveler mon adhésion - indiquer N° adhérent

**En qualité de**

<input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Membre de la famille	<input type="checkbox"/> Médecin
<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Entourage	<input type="checkbox"/> Professionnel de santé
<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Acteur social	<input type="checkbox"/> Autres – Précis <input type="text"/>

**Montant de la cotisation**

<input type="checkbox"/> Membre actif 20 €	<i>Après défiscalisation, à hauteur de 66 % pour les particuliers</i>
<input type="checkbox"/> Membre bienfaiteur* 30 €	20 € ➤ 6,8 €    30 € ➤ 10,20 €    50 € ➤ 17 €
<input type="checkbox"/> Don - à préciser <input type="text"/>	100 € ➤ 34 €    200 € ➤ 68 €    300 € ➤ 102 € etc...

\* Le bienfaiteur est une personne qui n'est pas cardiaque, ni parent d'enfant cardiaque

**Règlement ci-joint par**  Chèque (à l'ordre de F.C.C.)  Espèces

J'ai bien pris connaissance des statuts de l'Association et je les accepte (obligatoire)

**Comment avez-vous connu l'association ?**

<input type="checkbox"/> Site Internet	<input type="checkbox"/> Réseaux sociaux	<input type="checkbox"/> Presse
<input type="checkbox"/> Professionnels de santé	<input type="checkbox"/> Autre association	<input type="checkbox"/> par connaissances
<input type="checkbox"/> Document d'information	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="text"/>	

A  Date  Signature (obligatoire)