



**ÉPI Ile de France**  
Déclaration Préfecture n° W782005662

**BULLETIN D'ADHÉSION / DON**  
**FORMULAIRE À Renvoyer par courrier à**  
**ASSOCIATION ÉPI Île de France**  
26 rue Michel de Montaigne 93700 Drancy

**Coordonnées :**

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

Prénom : \_\_\_\_\_

N° : \_\_\_\_\_ Rue : \_\_\_\_\_

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

Pays : \_\_\_\_\_ Téléphone (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Email (**en lettres capitales svp**) : \_\_\_\_\_  
(pour envoi reçu fiscal et newsletter)

**Adhésion / Don :**

Souhaite devenir membre de l'Association "ÉPI Ile de France" et règle le montant de la cotisation  
de  15 € (5,10 €\*) ou de  20 € (6,80 €\*) pour une adhésion de couple

Je fais un don ponctuel d'un montant de :  
 20 € (6,80 €\*)     50 € (17 €\*)     100 € (34 €\*)  
 150 € (51 €\*)     Autre .....€

par chèque à l'ordre d'ÉPI IDF (à envoyer à l'une des adresses ci-contre)

Je ne souhaite pas que mes coordonnées soient diffusées auprès des autres membres d'ÉPI IdF

(\* ) Ce que vous coûte votre cotisation ou don après la déduction fiscale de 66 % dans le cadre de l'impôt sur le revenu (dans la limite de 20 % de votre revenu imposable). Un reçu fiscal vous sera délivré.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat de l'association. Email : [contact@epi-idf.com](mailto:contact@epi-idf.com).

**À remplir uniquement si vous le souhaitez**

**Vous êtes :**

Personne directement concernée par une épilepsie    Votre âge \_\_\_\_\_

Parent d'enfant atteint d'épilepsie sévère    Son âge \_\_\_\_\_

Conjoint d'une personne atteinte d'épilepsie sévère    Son âge \_\_\_\_\_

Entourage

Professionnel de santé

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Souhaitez-vous :**

Vous abonner à la newsletter et être tenu(e) informé(e) des actualités de l'association et du projet

Nous aider en :

devenant bénévole

autre, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date et signature