



## BULLETIN D'ADHÉSION 2017

### Je renouvelle mon adhésion

Prénom : ..... Nom : .....

Mon adresse courrier n'a pas changé  Mon adresse mail n'a pas changé

Si changement, merci de compléter dans la boîte ci-dessous.

### Je deviens adhérent

Si vous souhaitez adhérer à EPI Bretagne ou si une de vos adresses a changé, merci de compléter ci-dessous :

Je soussigné(e) M. Mme Prénom : ..... Nom : .....

résidant à l'adresse suivante : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

désire adhérer à l'association ÉPI Bretagne et verse ma cotisation 2017 de 20 €.

Date : ..... Signature: .....

### Adhésion

Montant de la cotisation 2016 - Adhérent Individuel : 20 €

**Bulletin à expédier avec votre chèque à l'ordre d'ÉPI Bretagne à :**

Monsieur Hervé Barbé, secrétaire EPI Bretagne, 18 rue Guynemer, 35 200 Rennes

### ÉPI Bretagne

ÉPI Bretagne est une association de patients créée avec le soutien de neurologues et de professionnels de la prise en charge de l'épilepsie. L'association travaille à la mise en place en Bretagne de solutions facilitant **l'intégration des adultes épileptiques pharmaco-résistants par le logement, le travail et la vie sociale.**

ÉPI Bretagne est membre de la fédération EFAPPE (Fédération des Associations en faveur des Personnes handicapées par des Épilepsies Sévères) et bénéficie de l'arrêté d'agrément Santé N°2012AG0029.

### Conseil d'Administration

Marie-Christine Poulain, Présidente  
Dr Catherine Allaire, Vice-Présidente  
Hervé Barbé, Secrétaire  
Rodolphe Gobe, Trésorier  
Anne Aubry-Le Délézir, membre  
Anne Cade, membre  
Béatrice Mariette, membre

Dr Arnaud Biraben, Vice-Président  
Gilles Verrière, Vice-Président  
Véronique Morel Butaud, Secrétaire adjointe  
Dr Thomas Gouyet, Trésorier adjoint  
Jean-François Bretéché, membre  
Marie-Hélène Jigourel, membre  
Isabelle Paisant, membre



## QUESTIONNAIRE ADHÉRENT ÉPI BRETAGNE 2017

A remplir uniquement si vous le souhaitez et si vous ne l'avez pas déjà fait en 2016 ou si votre situation a changé.

**Vous êtes :**

- Personne directement concernée par une épilepsie  Votre âge .....
- Parent  Conjoint
- Entourage
- Le cas échéant, âge de la personne que vous accompagnez .....
- Professionnel
- Autre, précisez : .....

**Comment connaissez-vous notre association ?**

.....

**Que souhaitez-vous en adhérant ?**

- Être tenu informé des actualités sur l'épilepsie et de l'association
- Assister à des conférences ou événements de l'association
- Rencontrer d'autres personnes concernées
- Devenir bénévole et :
- Témoigner lors de conférences ou dans la presse
  - Être présent et à l'écoute des autres lors d'événements de l'association
  - Autre, précisez : .....

.....

.....

.....

Être aidé et accompagné

- Précisez dans quels domaines et quels sont vos besoins

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autre, précisez

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....