

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 ÉPI 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 2024 de 22 €.	
Date :	Signature :

AdhésionMontant de la cotisation 2024 - **Adhérent Individuel : 22 €****Don**

Souhaitez-vous faire un don à EPI Bretagne en plus de votre adhésion ?

 pas de don 5€ 10€ 15€ 20€ 25€ 30€ 50€ Montant de votre choix**Votre don ouvre droit à une réduction d'impôt sur le revenu égale à 66% de son montant dans la limite de 20% du revenu imposable. Un reçu fiscal vous sera envoyé.****Bulletin à expédier avec votre chèque à l'ordre d'ÉPI Bretagne à :**

ÉPI Bretagne, 47 Avenue des Pays-Bas, 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'inclusion des personnes épileptiques pharmaco-résistantes 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 est une association agréée par le Ministère de la Santé.

Conseil d'Administration

Marie-Christine Poulain, Présidente
 Rodolphe Gobe, Trésorier
 Véronique Morel Butaud, Secrétaire adjointe
 Jean-François Bretéché, membre
 Marie Ducruix, membre
 Dr Silvia Napuri, membre

Dr Arnaud Biraben, Vice-Président
 Laurence Leffondré, Secrétaire

 Jean-Jacques Morvan, membre
 Isabelle Paisant, membre
 Nina Satzinger, membre

QUESTIONNAIRE ADHÉRENT ÉPI BRETAGNE 2024

**A remplir uniquement si vous le souhaitez
et si vous ne l'avez pas déjà fait les années précédentes 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....