BULLETIN D'ADHESION 2026

Nom, prénom :…….....

Adresse :…….....…….....

……...…….....

Téléphone : …….…….....

Adresse électronique : …….....

Vous êtes :

☐ Proche d'une personne atteinte d'autisme

Précisez : .....

☐ Ami(e) sans lien de parenté

☐ Formation SACS

☐ Professionnels

Précisez : .....

☐ Je souhaite être membre de l'association et je verse ma cotisation de **10 €**

☐ Je fais un don de : ……€ et je souhaite un reçu.

Règlement accepté en espèces ou chèque à l'ordre de **TSA Finistère**.
Reçu Fiscal possible sur demande

Association TSA Finistère – 44 rue Jacques Anquetil – 29000 QUIMPER
asso@tsa-finistere.fr