Groupe d'entraide et d'information sur le mutisme sélectif

FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2027

Pour devenir membre ou renouveler votre adhésion, merci de bien vouloir remplir ce formulaire et de le renvoyer par courrier ou courriel à :

Association OUVRIR LA VOIX
Eliane LEFRERE
52 Avenue de Rochefort (Appart 19)
17200 ROYAN
Email: ouvrirlavoix@gmail.com

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal :
Ville :
Pays :
Téléphone :
Adresse email :

Vous êtes :

[ ] Parent(e) d'un enfant souffrant / ayant souffert de mutisme sélectif né en : de sexe :
[ ] Adulte ou adolescent(e) souffrant / ayant souffert de mutisme sélectif
[ ] Professionnel(le) de la santé / de la santé mentale
[ ] Enseignant(e)
[ ] Autre :

Pour l'année 2027, la cotisation s'élève à 28€ (9,52€ après déduction fiscale). Vous pouvez la payer :

-Par **chèque** *à l'ordre de* ***"Ouvrir la Voix"*** à adresser à :

Eliane LEFRERE
52 Avenue de Rochefort (Appart 19)
17200 ROYAN - FRANCE

- Via ***HELLO ASSO***

– Par **PAYPAL** : ***ouvrirlavoix@gmail.com*** *Merci de prendre les frais éventuels à votre charge.*

-Par **virement** sur le compte de l'association dont voici les coordonnées **:**
CM ROYAN IBAN :FR76 15519 39087 00021634001 70 **BIC :** CMCIFR2A
Merci de préciser votre nom et prénom dans le libellé du virement ou du paiement PayPal !

Pour les paiements par virement en provenance de l'étranger notamment, merci de vérifier avec votre banque qu'il n'y a pas de frais pour l'association.

Date : **Signature :**