

Date et lieu d'envoi :

VIGIFAVISME :

Association Française des personnes atteintes du déficit génétique en glucose-6-phosphate-déshydrogénase (G.6.P.D.) ou Favisme.

BULLETIN D'ADHESION :

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

PROFESSION : _____

ADRESSE : _____

Code Postal : _____ **Ville :** _____

Pays : _____

Tel : _____

Fax : _____

Portable : _____

Courriel : _____

Je suis atteint moi même du déficit en G6PD : oui non

Un de mes enfants a un déficit en G6PD : oui non

Ma famille fait partie d'une « population à risque » : (bassin méditerranéen, Afrique sub-saharienne, Asie du sud-est, proche et moyen orient, ...) oui non

Je souhaite être membre actif de Vigifavisme.

J'envoie ma cotisation (40€ pour 2008) en un chèque bancaire à l'ordre de VIGIFAVISME, envoyé à l'adresse postale de l'association :

VIGIFAVISME
Hôpital Necker Enfants Malades
Maison des Associations
Carré Necker – Porte N4, Niveau 2
149 rue de Sèvres
75015 Paris France.

Date :

Signature :