

## BULLETIN D'ADHÉSION - ANNÉE 2026

NOM :	PRÉNOM :
ADRESSE POSTALE :	
TÉLÉPHONE :	
COURRIEL : @	

**Vous êtes :**

- ☐ une personne avec autisme. Merci de préciser votre âge et votre situation ci-dessous
- ☐ Aidant d'une personne autiste. Merci de préciser l'âge et la situation de cette personne ci-dessous
- ☐ Professionnel. Merci de préciser votre profession ci-dessous
- ☐ Autre. Merci de préciser ci-dessous

**Vous souhaitez :**

- ☐ **Adhérer à l'association Autisme Cornouaille et verser votre cotisation pour l'année civile en cours.**  
Le montant de la cotisation est de **20 euros** (ou de **10 euros** Si vous êtes déjà adhérent de l'association Kalon, porteuse du **Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) pour adultes KALON**)  
payable par le site Helloasso, par chèque, espèces ou virement bancaire (entourez la mention choisie).

- ☐ **Faire un don de \_\_\_\_\_ € et être adhérent**

*Pour un particulier, pour l'adhésion et les dons, la réduction d'impôt représente 66 % de la somme versée dans la limite de 20 % du revenu global*

**Autorisation du droit à l'image (Article 9 du code civil)**

Je soussigné(e),

- ☐ donne aux membres de l'association Autisme Cornouaille.
- ☐ ne donne pas aux membres de l'association Autisme Cornouaille

l'autorisation de photographier, de filmer et de publier, d'exposer ou de diffuser les photos ou films me représentant ou représentant la (les) personnes(s) avec autisme dont je suis aidant pour les usages suivants : support vidéo ou photo à destination de l'association ou de ses réseaux sociaux.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature