

## REJOIGNEZ-NOUS !

**Merci de compléter ce coupon réponse recto/verso et le retourner avec votre chèque à l'ordre de l'ALIRA,**  
à l'adresse suivante :

ALIRAS

Case postale 24

25 Rue des Acacias

31140 Saint-Alban

**Je souhaite adhérer à l'ALIRA pour une cotisation de 20€**

**(Cochez la mention utile)**

- En tant que membre IR (Insuffisant Respiratoire)
- En tant que membre ami(e)

**Je soutiens l'action de l'ALIRA en versant un don\* de ..... €**

\*Un reçu fiscal vous sera remis pour les dons car nous sommes reconnus comme une association d'intérêt général.

Que vous soyez membre IR ou ami, **vous serez informé(e) de toutes les activités de l'association afin d'y participer et vous recevrez automatiquement notre bulletin "Un Souffle".**

## COUPON D'ADHÉSION

Merci de bien vouloir renseigner les éléments suivants :

**Nom** .....

**Prénom** .....

**Adresse** .....

.....

**Ville** .....

**CP** .....

**Téléphone** .....

**Portable** .....

**E-mail** .....

**Date de naissance** .....

**Pathologie(s)** .....

.....

**Pneumologue et/ou Neurologue** .....

.....

**Prestataire(s) de service** .....

.....