

VOUS

Nom _____
 Prénom _____
 Adresse _____
 Code postal _____
 Ville _____ Téléphone _____
 e-mail _____
 Profession _____
 Agissant en qualité de Père Mère Responsable légal Autre _____
 Avez-vous un diabète ? Oui Non

VOTRE ENFANT

Nom _____
 Prénom _____
 Date de naissance -- / -- / ---- Sexe Garçon Fille
 Nombre de frères -- Nombre de soeurs --
 Date de début de diabète -- / -- / ----

MEDECIN TRAITANT

Nom _____
 Prénom _____
 Adresse _____

 Code postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____

MEDECIN DIABETOLOGUE

Nom _____
 Prénom _____
 Adresse _____

 Code postal : _____ Ville : _____
 Téléphone : _____

J'adhère à l'association l'Aide aux Jeunes Diabétiques

Je verse le montant de ma cotisation annuelle (déductible des impôts) au titre de :

Membre adhérent : 35 € Membre fondateur : 80 € Membre bienfaiteur : 200 €

Je m'abonne à la revue trimestrielle

Je verse le montant de l'abonnement annuel (4 revues)

Tarif de l'abonnement : 30 €

Je joins un chèque de€ à l'ordre de l'AJD

Dans l'enveloppe retour : AJD - 38 rue Eugène Oudiné - 75013 PARIS