Don à l'Association SESAME AUTISME NORMANDIE

☐ Mme ☐ Société Nom : …… Adresse : …… ……	☐ M. Nom de la société : …… Prénom : …… CP – Ville : ……
Tél. : ……	e-mail : ……

Déclare faire un don de soutien à l'Association
SESAME AUTISME NORMANDIE et/ou à un établissement en qualité de :

☐ Parent(s). ☐ Membre de la famille.
☐ Ami d'une personne avec autisme ou TED. ☐ Autre : ……

☐ Don de soutien à Sésame Autisme Normandie : ……
☐ Don dédié à un établissement ou un projet : ……
Nom de l'établissement : ……
Nom du projet : ……
Total : ……

Je règle par chèque à l'ordre de **SESAME AUTISME NORMANDIE.**
J'envoie ce bulletin dûment rempli accompagné du chèque à l'adresse suivante* :

François COUILLIARD
SESAME AUTISME NORMANDIE
90 chemin du Vinval
76850 MONTREUIL EN CAUX

Date : **Signature :**
Tampon :

Merci de votre soutien !
*Un reçu fiscal vous sera envoyé à l'adresse que vous nous aurez communiquée.

Les informations du présent document sont exclusivement destinées à l'exercice des opérations de gestion de l'Association SESAME AUTISME NORMANDIE. Elles peuvent être transmises en tout ou partie à l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) et à la Fédération Française Sésame Autisme sur demande justifiée de leur part. Elles peuvent être supprimées ou modifiées par les intéressés sur simple demande de leur part à l'adresse suivante : contact@autime-san.fr ou par courrier adressé au siège de l'Association.