



FORMULAIRE D'ADHÉSION ET DE DON

J'ADHERE

Cotisation avec abonnement à la revue Sésame de la Fédération (4 numéros)
95 € pour 12 mois.

Cotisation sans abonnement à la revue Sésame
60 € pour 12 mois.

je règle ma cotisation

Par chèque, à l'ordre de Sésame
Autisme Rhône-Alpes

Par virement, sur le CCP de l'association
IBAN FR 41 2004 1010 070031611H03 859

Par prélèvement automatique

annuel semestriel trimestriel mensuel

JE FAIS UN DON

Par chèque, à l'ordre de Sésame
Autisme Rhône-Alpes

Par virement, sur le CCP de l'association
IBAN FR 41 2004 1010 070031611H03 859

Par prélèvement automatique

annuel semestriel trimestriel mensuel

MES COORDONNEES

Nom

Je suis un proche de : Nom

Prénom

Prénom

lieu d'hébergement

Adresse mail

Vous êtes parent, enfant, ami, proche...

L'adhésion à l'association est explicitement sollicitée pour les familles dont un proche bénéficie de l'accueil dans un des établissements de SARA. Elle ne peut être obligatoire, mais semble naturelle au regard de **l'investissement des parents fondateurs, administrateurs, et amis de l'association qui ont permis la construction, mais aussi la défense des structures médico-sociales qui accueillent aujourd'hui les personnes TSA.**

Si le budget de fonctionnement de ces structures est assuré par les pouvoirs publics, l'association **poursuit son action** avec la rénovation de certains lieux, la création de nouveaux dispositifs, ainsi que l'amélioration constante de l'accompagnement des personnes TSA.

Le nombre d'adhérents est aussi un indicateur de la vitalité d'une association, facteur essentiel pour **l'obtention de subvention et de soutiens financiers.**

La participation des familles utilisatrices par le biais de la cotisation est donc très importante.

Merci de votre engagement et de
votre soutien à nos côtés. Vous êtes
nos partenaires les plus précieux

Vous pouvez joindre l'association au 04.72.98.31.81 / **16 rue Pizay 69001 LYON** / contact@sesame-autisme-ra.org

ou consulter le site internet <https://www.sesame-autisme-aura.com>

N° SIREN 408 814 705 - N° FINESS 690798293 - Code APE 87 20A





MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

toute demande de prélèvement doit être accompagnée d'une autorisation de prélèvement SEPA signée et accompagnée d'un RIB

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Sésame Autisme Rhône-Alpes à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, conformément à ces instructions.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

MES COORDONNEES

DEBITEUR

CREANCIER

Nom /

Nom / Sésame Autisme Rhône-alpes

Adresse /

Adresse / 16 rue Pizay

code postal /

code postal / 69001

Ville/

Ville/ LYON

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IBAN - Numéro d'identification International
du compte bancaire

BIC - Code
international
d'identification de
votre banque

DESIGNATION DU COMPTE DE SARA A CREDITER

FR41 2004 1010 0700 3161 1H03

859 PSSTFRPPLYO

Fait à

le

Signature