

Sensoridys est une association de patients loi 1901, ouverte à **toute personne se sentant concernée par le Syndrome de Dysfonction Proprioceptive**. Les professionnels de santé prenant en charge cette Dysfonction peuvent rejoindre l'association et s'engagent à défendre les intérêts de l'association en la faisant connaître, mais leur statut sera celui de simple membre.

Votre adhésion à Sensoridys, est valable du jour de votre adhésion **au 31 décembre de l'année 2026**, elle suppose que vous ayez pris connaissance des [statuts de l'association et de son règlement intérieur](https://sensoridys.fr), disponibles sur notre site <https://sensoridys.fr>. (Pour une famille, autant d'adhésions que de personnes souhaitant adhérer, tarif réduit dès la deuxième adhésion).

	<b>1<sup>er</sup> adhérent</b>	<b>2<sup>ème</sup> adhérent</b>	<b>3<sup>ème</sup> adhérent</b>
<b>Nom* :</b>			
<b>Prénom* :</b>			
<b>Adresse* :</b>			
<b>Mail* :</b>			

Il est important de nous fournir **une adresse mail valide et lisible** qui nous permettra de vous informer et **une adresse postale précise** si vous désirez des flyers.

**MEMBRE ACTIF :** ☐ Patient SDP ☐ Accompagnant/famille/Ami

**MEMBRE :** ☐ Professionnel de santé

**COTISATION :** **MEMBRE ACTIF :** ☐ **20 €** **MEMBRE :** ☐ **25 €**

**A compter de la 2<sup>ème</sup> adhésion dans la famille** (par personne) : ☐ **7.00 €** × .....

**Tarif Non imposable :** ☐ **7.00 €** (pas de déduction fiscale)

**FAIRE UN DON - Indiquer le montant :** .....

**Je souhaite participer à l'information sur la dysfonction proprioceptive :**

**MEMBRE ACTIF :** ☐ lot flyer Sensoridys + 1 dépliant « scolarité » + livret « Petits carnets recherche »

**MEMBRE :** ☐ lot 20 flyers Sensoridys + 1 livret « Petits carnets recherche » + 1 dépliant « scolarité »

Adresser ce bulletin complété à l'adresse de gestion (en rose), et accompagné du règlement par chèque payable en France à l'ordre de « **Sensoridys** » :

**Sensoridys, chez Mme Grandvincent Corinne, 50 rue d'Hauteville, 21121 Daix**

**Date\* :**      /      / 202...      **Signature\* :**      **\* : obligatoire**

**Association reconnue d'intérêt général et ouvrant droit à une réduction d'impôt sur le revenu égale à 66 % dans la limite de 20% du revenu imposable. Un reçu fiscal vous sera délivré pour le montant de votre adhésion.**

Les renseignements contenus dans le présent bulletin d'adhésion faisant l'objet d'un traitement informatisé, vous disposez conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 d'un droit d'accès et de rectification que vous pourrez exercer en nous écrivant Ces informations nominatives sont exclusivement à l'usage de notre association et ne peuvent être communiquées à des tiers sauf aux organismes publics pour répondre à des obligations légales.