



Fiche de Contact

(à remplir si vous souhaitez que vos coordonnées soient transmises à d'autres familles concernées par la Maladie de Hirschsprung)

Interlocuteur

Nom:..... Prénom:

Adresse:.....

CP:..... Ville:.....

☎:.....

Email :@.....

Parenté avec le malade :

Vous souhaitez être mis en relation avec :

- des parents d'enfants malades
- des adultes malades
- dans votre région ?

Les thèmes qui vous intéressent :

- l'évolution au quotidien (alimentation, selles...)
- la prise en charge médicale & chirurgicale
- la génétique
- autre (préciser):.....

Personne concernée par Hirschsprung

Nom:.....

Prénom:

Date de naissance:.....

Forme de la Maladie :

- Courte
- longue
- Totale

Chromosome porteur :

- 2
- RET
- ne sait pas

Médecin :.....

Hôpital :

Commentaires :

.....

.....

.....

En vertu de l'article 27 de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 : Toutes ces informations sont facultatives. Elles servent de base à la mise en relation des familles. Si vous souhaitez modifier ou supprimer des informations, contactez Carole CHAVEL, Présidente de l'AFMAH au siège de l'association : AFMAH 281 rue Fernand Léger, Hameau de Vosves, 77190 Dammarie-Lès-Lys



Bulletin d'Adhésion / Ré-adhésion / de Don

Cette adhésion vaut pour la famille et pour l'année civile en cours. Vous pourrez participer à toutes les réunions (dont le week-end des familles), échanger avec les autres membres (forum Internet...) et recevoir «le Batracien», bulletin d'information de notre association.

Nom:..... & Prénom:

Adresse : CP: Ville:

Tél : Email:@.....

Je joins un chèque de 25 € en vue :

- Adhérer à l'AFMAH pour l'année
- Renouveler mon adhésion pour l'année
- Faire un don de€

Bulletin à renvoyer à : Stéphane Kaas, Trésorier de l'AFMAH

23 rue des Coublancs 77350 Boissise la Bertrand

Remarques : Un reçu vous sera retourné après votre adhésion et/ou votre don, il vous permettra de bénéficier des déductions fiscales éventuelles.