

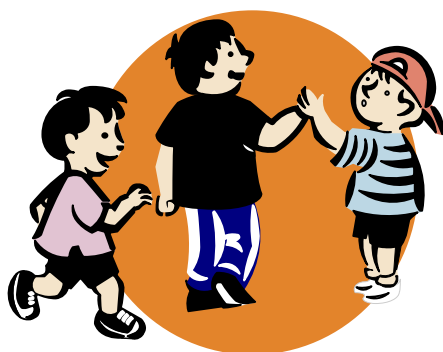


PARCE QUE, DANS UN HÔPITAL, UN ENFANT MALADE COMPTE SUR MOI

(Vous pouvez directement remplir ce formulaire avec ADOBE et ensuite l'imprimer)

- Je souhaite recevoir de amples informations sur votre association et ses activités
- Je désire rejoindre votre association, je peux collaborer à _____
- Des activités permanentes
 - Visites
 - Assistance
- Des activités ponctuelles
 - Organisation, animation de fêtes et spectacles
 - Organisation, animation de stages éducatifs
- Des activités culturelles ou musicales
 - Précisez lesquelles _____

- Je désire soutenir financièrement votre association.
Ci-joint un chèque de _____ €
Je recevrai un reçu fiscal.
Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____
Profession (Facultatif) : _____



1,2,3 ... et le SOLEIL entrera, radieux, à l'hôpital

REMPLISSEZ LE COUPON CI-DESSUS
et retournez-le à : **ASSOCIATION 1,2,3 SOLEIL**
Maison de la Mutualité - 1, rue F. Moisson
13002 Marseille
ou à votre Mutuelle.
Visiter notre site : www.123soleil-marseille.org