

# L'AFM-TÉLÉTHON

c'est:



↳ **UN ENGAGEMENT**  
dans la recherche  
scientifique, médicale  
et thérapeutique



↳ **UNE VOLONTÉ**  
de guérison  
des maladies  
neuromusculaires



↳ **UN RÔLE MOTEUR**  
dans la lutte au bénéfice  
des personnes atteintes  
de maladies rares



↳ **UNE AIDE**  
apportée aux personnes  
concernées par une  
maladie neuromusculaire  
et leurs familles



↳ **UN COMBAT**  
en faveur de la  
reconnaissance  
des droits des  
personnes malades  
et en situation  
de handicap



↳ **UNE RIGUEUR**  
**ET UNE TRANSPARENCE**  
dans la gestion  
financière et la gestion  
de ses actions

## VOUS & L'AFM-Téléthon

c'est:

### S'ABONNER

Pour recevoir 4 fois par an  
toute l'actualité de l'association  
(recherche, santé, social...)

→ **ABONNEMENT SEUL : 15 €**

→ **ABONNEMENT ADHÉRENT : 10 €**

Abonnement valable 1 an,  
soit 4 numéros

### ADHÉRER

Pour porter les valeurs et soutenir  
les actions de l'AFM-Téléthon  
→ **ADHÉRENT MOINS DE 25 ANS :**  
3 €/l'année

→ **ADHÉRENT : 15 €/l'année**

→ **BIENFAITEUR : 45 €/l'année**

Adhésion valable pour une année civile



### NOUVEAU !

Découvrez votre espace adhérent/  
abonné sur le site [www.afm-telethon.fr](http://www.afm-telethon.fr) !

Pour en savoir plus, flashez ce QR code  
à l'aide de votre smartphone

# NOUVEL ESPACE EN LIGNE

MERCI de  
votre fidélité  
et de votre  
soutien !

## NOUVEL ADHÉRENT OU RENOUELEMENT

Retrouvez dans votre espace  
tous vos documents : votre carte  
d'adhérent, votre reçu fiscal,  
les lettres aux adhérents...  
mais aussi les derniers VLM  
et ses archives !



À partir de cette année,  
faites tout directement  
sur le site !  
[www.afm-telethon.fr](http://www.afm-telethon.fr)

# NOUVEAUX ADHÉRENTS

Tout nouvel adhérent doit être  
parrainé par deux membres adhérents  
(art. 3 des statuts de l'AFM-Téléthon)

Je connais deux adhérents de l'AFM-Téléthon :

**PARRAIN N°1 :**



**PARRAIN N°2 :**



Nom / Prénom : .....

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

.....

.....

N°Adhérent : .....

N°Adhérent : .....

Signature :

Signature :

Merci de bien vouloir nous indiquer qui vous a sollicité pour adhérer :

- Le Service Régional de l'AFM-Téléthon : .....
- La Délégation : .....
- Le Groupe d'intérêt : .....
- Le Groupe National Jeunes : .....
- Un membre du Conseil d'administration : .....
- Démarche personnelle : .....
- Autres : .....

# BULLETIN D'ADHÉSION & ABONNEMENT 2025

Le saviez-vous ? Adhésion ou abonnement, tout peut se faire en ligne sur [www.afm-telethon.fr](http://www.afm-telethon.fr)

Je choisis l'une des 8 options suivantes :

## ADHÉSION ET ABONNEMENT

- 1**  J'ai moins de 25 ans, je souhaite être membre adhérent au tarif préférentiel de 3 euros (renseignez votre date de naissance ci-après) pour l'année 2025 et profiter de l'offre d'abonnement préférentielle à VLM (4 numéros, 1 an : 10 euros au lieu de 15 euros) \_\_\_\_\_ **13€**
- 2**  Je souhaite être membre adhérent à l'AFM-Téléthon pour l'année 2025 (cotisation 15 euros) et profiter de l'offre d'abonnement préférentielle à VLM (4 numéros, 1 an : 10 euros au lieu de 15 euros) \_\_\_\_\_ **25€**
- 3**  Je souhaite être membre bienfaiteur pour l'année 2025 (cotisation membre bienfaiteur 45 euros) et profiter de l'offre d'abonnement préférentielle à VLM (4 numéros, 1 an : 10 euros au lieu de 15 euros) \_\_\_\_\_ **55€**

## ADHÉSION SEULE (JE NE SOUHAITE PAS M'ABONNER À VLM)

- 4**  J'ai moins de 25 ans, je souhaite être membre adhérent pour l'année 2025 au tarif préférentiel de 3 euros (renseignez votre date de naissance ci-après) \_\_\_\_\_ **3€**
- 5**  Je souhaite être membre adhérent pour l'année 2025 et régler ma cotisation, soit \_\_\_\_\_ **15€**
- 6**  Je souhaite être membre bienfaiteur pour l'année 2025 et régler ma cotisation, soit \_\_\_\_\_ **45€**

## ABONNEMENT SEUL (JE NE SOUHAITE PAS ADHÉRER À L'AFM-TÉLÉTHON)

- 7**  Je souhaite uniquement m'abonner pour un an (4 numéros) à VLM, soit \_\_\_\_\_ **15€**

## DON

- 8**  Je souhaite faire un don à l'AFM-Téléthon d'un montant de ..... €

Je règle un montant de (par chèque ou prélèvement, voir verso) ..... €



Attention, ce bulletin est nominatif (une adhésion par personne).

Votre n° d'adhérent (pour un renouvellement) : | | | | | | | | | |

M.  MME.

Nom / Prénom : .....

N° et rue : .....

Code postal : .....

Ville : .....

E-mail : .....

Téléphone : .....

Date de naissance (obligatoire pour bénéficier du tarif adhésion moins de 25 ans) : ..... / ..... / .....

Je souhaite recevoir par e-mail les communications liées à mon adhésion à l'AFM-Téléthon et la Lettre des adhérents

J'autorise l'AFM-Téléthon à utiliser mon adresse e-mail dans le cadre de mon abonnement VLM

Je suis :

- Malade neuromusculaire  
 Famille de malade neuromusculaire  
 Concerné par une autre maladie  
 Autre (bénévole, salarié AFM-Téléthon)  
 Ne souhaite pas répondre

Date et signature :

# Encore plus simple :



**Effectuez votre règlement en ligne !**

espace-adherent.afm-telethon.fr



Besoin d'aide ? Une question sur l'adhésion ou l'abonnement ? Contactez-nous !

01 69 13 21 21 ou [adhesion@afm-telethon.fr](mailto:adhesion@afm-telethon.fr)

## Votre règlement

### PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

Plus économique pour l'Association

#### AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT ANNUEL pour ADHÉSION à l'AFM-Téléthon et/ou abonnement VLM

**OUI**, je règle par prélèvement annuel mon adhésion à l'AFM-Téléthon et/ou mon abonnement à VLM.

Référence Unique du Mandat  
(Cadre réservé à l'AFM-Téléthon)

Association Française contre les Myopathies - 1 Rue de l'Internationale, BP 59, 91002 Evry-Courcouronnes Cedex  
N° ICS : FR89ZZZ135372S

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'AFM-Téléthon à envoyer des instructions à votre banque pour percevoir le règlement de votre adhésion et/ou abonnement annuel(s), et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément à ces instructions. Le 1<sup>er</sup> prélèvement est effectué le 25 du mois entre janvier et avril, selon la date de réception de ce mandat. Tout mandat reçu après le 10 avril active le prélèvement pour l'année suivante. À compter de la deuxième année, le prélèvement est effectué le 25 janvier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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.

#### MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA RÉCURRENT

Nom : ..... Prénom : .....

N° et Rue : .....

Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ Ville : .....

#### N° de compte IBAN :

\_ \_

Numéro d'identification international du compte bancaire  
IBAN (International Bank Account Number)

#### Code BIC :

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Code international d'identification de votre banque  
BIC (Bank Identifier Code)

Fait à : .....

Le : .....

Signature  
(Obligatoire)

➤ **Merci de nous renvoyer ce coupon complété et signé, accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP)**

Vos données sont traitées par l'AFM-Téléthon afin de gérer notre relation avec vous, en votre qualité d'adhérent/abonné. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation au traitement, du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer vos droits en formulant votre demande par e-mail à l'adresse [dpo@afm-telethon.fr](mailto:dpo@afm-telethon.fr), par courrier postal à l'adresse : Délégué à la protection des données - AFM Téléthon - 1, rue de l'internationale - 91002 Evry.

### PAIEMENT PAR CHÈQUE

**Chèque bancaire**  
à l'ordre de l'AFM-Téléthon

**Formulaire et règlement à retourner à :**  
AFM-Téléthon – Service adhésion  
BP 59 – 91002 Evry-Courcouronnes Cedex

