

OUI, JE PARTICIPE À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2010

À retourner à la Mission Vie Associative avant le 26 février 2010

Vaincre la Mucoviscidose – 181, rue de Tolbiac – 75013 PARIS (1 bulletin par famille)

Dans le souci d'une meilleure économie de gestion (Réservations des hôtels, des navettes et de la restauration), nous vous invitons à nous renvoyer votre bulletin de participation avant l'échéancier noté ci-dessus.

Nom : Prénom : Membre/Non membre*
 * Rayer le statut incorrect

Adresse :

Tél. : E-mail :

Accompagné(e) de : Nom : Prénom : Membre/Non membre*

Adresse :

Tél. : E-mail :

Accompagné(e) de : Nom : Prénom : Membre/Non membre*

Adresse :

Tél. : E-mail :

Accompagné(e) de : Nom : Prénom : Membre/Non membre*

Adresse :

Tél. : E-mail :

Accompagné(e) de : Nom : Prénom : Membre/Non membre*

Adresse :

Tél. : E-mail :

HÉBERGEMENT

Pour la nuit du vendredi 26 mars 2010 :

..... chambre(s) 1 personne (Nom et Prénom) :

..... chambre(s) 2 personnes / Grand lit (Nom(s) et Prénom(s)) :

..... chambre(s) 2 personnes / 2 lits simples (Nom(s) et Prénom(s)) :

Pour la nuit du samedi 27 mars 2010 :

..... chambre(s) 1 personne (Nom et Prénom) :

..... chambre(s) 2 personnes / Grand lit (Nom(s) et Prénom(s)) :

..... chambre(s) 2 personnes / 2 lits simples (Nom(s) et Prénom(s)) :

RESTAURATION

Restauration du vendredi 26 mars 2010

Dîner : Nombre de personne(s) 1 2 3 4 5

Restauration du samedi 27 mars 2010

Déjeuner : Nombre de personne(s) 1 2 3 4 5

Dîner : Nombre de personne(s) 1 2 3 4 5



MONTANT À RÉGLER

MEMBRE(S) Personnes	25 € par membre ou 45 € par couple (de membres)	 € (a)	Sous-total (a+b)
	Pour les patients : 15 € par membre ou 25 € par couple (de membres)	 € (b)	= €
NON MEMBRE(S) Personnes	Frais d'organisation (? pers x 10 €)	Hébergement (? pers x nbre de nuit x 70 €)	Restauration (? pers x nbre de repas x 15 €)	Sous-total (c+d+e)
 € (c) € (d) € (e)	= €
TOTAL GÉNÉRAL À RÉGLER - MEMBRE(S) ET NON MEMBRE(S)				= €

SEULES LES INSCRIPTIONS ACCOMPAGNÉES DE LEUR RÈGLEMENT SERONT PRISES EN COMPTE

BESOINS DES PATIENTS

Avez-vous besoin de (Cocher la case nécessaire à votre besoin) :

OXYGÈNE	oui	non	Débit d'oxygène
Vendredi 26 mars soir			
Samedi 27 mars matin			
Samedi 27 mars midi			
Samedi 27 mars soir			
Dimanche 28 mars matin			

KINÉSITHÉRAPIE (Dans les chambres d'hôtel)	oui	non
Vendredi 26 mars soir		
Samedi 27 mars matin		
Samedi 27 mars midi		
Samedi 27 mars soir		
Dimanche 28 mars matin		

TRANSPORT

EN VOITURE : Par décision du Conseil d'Administration, les frais kilométriques sont remboursés au tarif unique de 0,4 € du kilomètre aux seules conditions suivantes :

- Le montant total à rembourser est au plus égal au tarif SNCF 2^e classe (Sur justification).
- Le montant total à rembourser est supérieur au tarif SNCF 2^e classe et l'utilisateur doit justifier de l'opportunité d'avoir pris son véhicule (Voyage groupé, état de santé, pas de train aux horaires requis...)

EN TRAIN : Nous encourageons fortement les participants à réserver rapidement leurs billets de train afin de bénéficier des Prem's, des tarifs découvertes (25 %) et des réductions diverses. L'Association remercie ses membres de la faire bénéficier de leurs éventuelles réductions personnelles (Famille nombreuse, senior...).

Des formulaires de réduction SNCF pour Congrès (20 % pour l'aller et le retour) sont à votre disposition sur demande auprès du Siège si vous n'arrivez pas à avoir une réduction au moins équivalente. Attention, ces derniers sont contingentés par la SNCF et vous avez l'obligation d'utiliser la voie ferrée pour l'aller et le retour.

Nombre de formulaire(s) demandé(s) :

Seul le tarif SNCF 2^e classe est remboursé, sauf accord du Secrétariat Général.

Vos billets de train et d'avion vous seront ultérieurement remboursés sur présentation des justificatifs avec la note de frais qui vous sera envoyée avec la confirmation d'inscription.

PRISE EN CHARGE PARTICULIÈRE

Pour toute prise en charge particulière, merci de contacter le Secrétariat Général : Tél. : 01 40 78 91 52 – Courriel : secretairegeneral@vaincrelamuco.org



Vous recevrez à partir du 16 mars 2010 une confirmation de votre inscription (Hôtel, transport...) accompagnée des rapports (Moral, d'activité et financier) et des candidatures au Conseil d'Administration.

NON, JE NE PARTICIPE PAS, MAIS OUI JE VOTE

BON POUR POUVOIR (1 pouvoir par adhérent)

À retourner à la Mission Vie Associative

Vaincre la Mucoviscidose – 181, rue de Tolbiac – 75013 PARIS (1 bulletin par famille)

Si vous êtes membre et si vous ne pouvez pas être présent à l'Assemblée Générale, vous pourrez néanmoins voter en vous faisant représenter. Pour cela, merci de bien vouloir remplir le bon pour pouvoir ci-dessous et nous le faire parvenir **impérativement avant le 16 mars 2010**, terme de rigueur. (Date de répartition des pouvoirs effectuée sous huissier).

Les pouvoirs reçus ou apportés après cette date ne pourront être pris en compte.

LE MANDANT

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. : E-mail :

DONNE POUVOIR À :

LE MANDATAIRE

Monsieur, Madame, Mademoiselle (*barrer la mention inutile*)

Ou à Monsieur, Madame, Mademoiselle (*barrer la mention inutile*)

Adhérent à l'Association pour me représenter à l'Assemblée Générale 2010 de Vaincre la Mucoviscidose, prendre part en mon nom à toute délibération, approuver tout compte, voter toute résolution et généralement faire le nécessaire.

À défaut, si les mandataires désignés sont déjà détenteurs d'un nombre de pouvoirs supérieur à celui précisé par le règlement intérieur, je mandate les membres chargés de la répartition des pouvoirs et nommés par le Conseil d'Administration conformément aux statuts, d'attribuer mon pouvoir à

Monsieur, Madame, Mademoiselle

BON POUR POUVOIR

Date :/...../.....

Signature du mandant :

BON POUR ACCEPTATION DU POUVOIR

Date :/...../.....

Signature du mandataire :



CANDIDATURE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Votre candidature est à envoyer au Secrétariat Général **impérativement au plus tard le 20 février 2010*** accompagnée d'une lettre d'intention adressée au Président de l'Association et d'une photo. Vous devez également être à jour de votre adhésion.

Vous adresserez ces éléments à Sylvie Zeller

· Par courrier : Vaincre la Mucoviscidose – 181, rue de Tolbiac – 75013 PARIS

ou

· Par courriel : secretairegeneral@vaincrelamuco.org

Votre lettre d'intention sera envoyée à tous les participants avec leur confirmation d'inscription à l'Assemblée Générale.

Toute candidature envoyée après le **20 février 2010** par courrier (le cachet de la Poste faisant foi) ou par courriel ne pourra être prise en compte.

* Conformément à l'Article R2.2 du règlement intérieur : « L'acte de candidature doit être envoyé au plus tard 35 jours avant le jour de l'élection par tout écrit précisant ses motivations et notamment par l'utilisation du bulletin d'appel à candidature expédié à chaque membre de l'Association avant l'Assemblée générale. »

QU'EST-CE QUE LE CONSEIL D'ADMINISTRATION?

Selon nos statuts, l'Association est administrée par un Conseil d'Administration dont le nombre de membres, fixé par délibération de l'Assemblée Générale, est aujourd'hui de 18. Les membres du Conseil d'Administration sont élus au scrutin secret, pour trois ans, par l'Assemblée Générale. Le Conseil est composé à la majorité absolue de patients atteints de mucoviscidose, de leurs ascendants ou descendants directs et de leurs conjoints ou concubins notoires. Pour le reste, le Conseil d'Administration est composé de praticiens, personnels paramédicaux, scientifiques, et de tout autre membre de l'Association.

Participer au Conseil d'Administration, c'est apporter ses compétences et son expérience à Vaincre La Mucoviscidose, c'est aussi participer à ses choix politiques et s'impliquer dans son action.

C'est un engagement que vous prenez vis-à-vis des membres pour représenter au mieux leurs intérêts collectifs. C'est aussi un engagement en terme de disponibilité : représentation de l'Association au niveau local et national, participation à 4 ou 5 Conseils d'Administration par an.

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. : Profession :

Lien avec la maladie : Parent Patient Membre de la famille Sympathisant

Souhaite présenter ma candidature au Conseil d'Administration à l'occasion du renouvellement de ses membres.

Fait à :

Le :/...../.....

Signature :

Je joins ma lettre d'intention.



ADHÉRER, c'est marquer votre solidarité avec notre combat



ATTENTION : À remplir uniquement si vous n'êtes pas membre. Nous vous rappelons que les frais de participation à l'Assemblée Générale (Hébergement, restauration, transport) ne sont pris en charge que pour les seuls membres.

- **Adhérer à Vaincre la Mucoviscidose, c'est permettre à notre Association d'être représentative :** plus nous serons nombreux, plus nous aurons de chance d'être entendus des pouvoirs publics, des partenaires et de tous ceux qui, d'une façon ou d'une autre, peuvent contribuer à vaincre la mucoviscidose.
 - **Adhérer, c'est être mieux informé** grâce à notre revue trimestrielle (une par foyer) et à l'espace réservé aux membres sur internet.
 - **Adhérer, c'est obtenir une carte de membre et avoir la possibilité de voter à l'Assemblée Générale.**
 - **Adhérer, c'est avoir la possibilité de :**
 - Recevoir la Lettre aux adultes (Abonnement compris dans l'adhésion à raison d'un par foyer)
 - Vous impliquer en tant que bénévole et être contacté par le représentant local
- Merci de préciser votre nom et prénom :

Merci de renvoyer ce bulletin d'adhésion accompagné d'un chèque à :

Vaincre la Mucoviscidose – Mission Vie Associative – 181, rue de Tolbiac, 75013 PARIS – Tél. : 01 40 78 91 98 – Fax : 01 45 80 86 44 – E-mail : adherents@vaincrelamuco.org

OUI, JE SOUTIENS LES ACTIONS DE L'ASSOCIATION VAINCRE LA MUCOVISCIDOSE ET J'ADHÈRE :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Je suis Patient Conjoint de patient Parent (âge de l'enfant malade)

Famille (lien avec patient) Sympathisant (soignant, bénévole...)

MEMBRE PRINCIPAL

- 25 €
- 40 €
- 80 €
- 800 €

LE MONTANT DE L'ADHÉSION POUR TOUTE AUTRE PERSONNE DU MÊME FOYER EST DE 10 €

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Je suis Patient Conjoint de patient Parent (âge de l'enfant malade)

Famille (lien avec patient) Sympathisant (soignant, bénévole...)

MEMBRE SECONDAIRE

- 10 €

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Je suis Patient Conjoint de patient Parent (âge de l'enfant malade)

Famille (lien avec patient) Sympathisant (soignant, bénévole...)

MEMBRE SECONDAIRE

- 10 €

L'adhésion est valable un an du 1^{er} janvier au 31 décembre*. Par ailleurs, si vous êtes imposable, votre cotisation effectuée en faveur de Vaincre la Mucoviscidose, Association reconnue d'utilité publique, vous permet de bénéficier d'une déduction fiscale de votre impôt de 66 % des sommes versées dans la limite de votre revenu imposable. Pour cela, un reçu fiscal vous sera adressé.

* Toute nouvelle adhésion entre le 1er septembre et le 31 décembre est valable jusqu'à la fin de l'année suivante.

TOTAL

