



**Entraide  
aux Malades  
de Myofasciite  
à Macrophages**

## **MEMBRE ASSOCIÉ-E - ADHÉSION ----**

*Association représentative des usagers  
Agrément National du Ministère de la Santé*

Bonjour,

Vous souhaitez devenir membre associé-e de notre association, et nous nous en réjouissons. En effet, c'est par la force de notre collectif et la solidarité entre nous tous que nous pouvons faire avancer les sujets qui nous tiennent à cœur (reconnaissance de notre maladie, développement de la recherche, mise à disposition de vaccins sans aluminium ...).

Le montant de la cotisation annuelle, voté lors de notre dernière Assemblée Générale, est de **40 €** (10 € pour les personnes ayant des revenus inférieurs au seuil de pauvreté soit 987 € mensuel). Merci de compléter chaque rubrique de ce formulaire, et de le renvoyer accompagné de votre chèque (établi à l'ordre de : **Association E3M**) à : **Florence Bérier – 77 chemin de la barre – 38260 LA CÔTE SAINT ANDRÉ.**

**Pour ceux qui sont assujettis à l'impôt sur le revenu, le montant de l'adhésion est déductible des impôts au même titre que les dons, et ce à hauteur de 66%.**

Si vous souhaitez verser un don en même temps que votre cotisation, vous avez la possibilité de ne faire qu'un seul chèque.

Bien à vous,

Pour le CA, Didier LAMBERT

Président E3M

## COTISATION INDIVIDUELLE – MEMBRE ASSOCIÉ(E)

*Merci d'écrire en MAJUSCULE pour nous faciliter la retranscription dans les fichiers.*

Madame :

Monsieur :

Nom de naissance : ..... Prénom : .....

Nom d'usage : ..... Date de naissance : .../.../.....

Je règle ma cotisation à l'association d'un montant de ..... 40 €

Je souhaite donner plus et fais un don supplémentaire à l'association à hauteur de : ..... €

TOTAL ..... €

Adresse : .....

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

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

Email : .....

*Merci d'écrire très lisiblement le bon caractère au cœur de votre email : point : . Tiret du 6 : – Tiret du 8 : \_*

Date :

Signature :

**Votre cotisation implique l'acceptation et le respect des statuts.**

## BULLETIN D'INFORMATION

**Nous souhaitons vivement vous envoyer nos informations par voie électronique, car (outre l'intérêt écologique) c'est un gain de temps et d'argent, et cela nous permet aussi de vous tenir au courant de l'actualité de manière très fréquente. En outre, **c'est beaucoup moins fastidieux pour la personne qui en a la charge (malade elle-même de MFM)**. Si ce mode de transmission de l'information ne vous convient pas, vous pouvez le préciser ici :**

Je souhaite recevoir le bulletin d'information par voie postale

Je ne souhaite pas recevoir le bulletin d'information

## Questionnaire membre associé-e

### Renseignements scolaires et/ou professionnels

Situation scolaire ou professionnelle exercée avant la maladie :

Situation scolaire ou professionnelle actuelle (ou arrêt maladie, invalidité, AAH, ...) :

### Liste des vaccins reçus depuis la naissance

Date de vaccination	Nom du vaccin	Type de vaccination		
		Obligatoire	Imposée par l'employeur	Recommandée

### Les symptômes de la maladie

Date d'apparition des premiers symptômes :

Décrivez ces symptômes, et leur évolution dans le temps :

Votre prise en charge			
Êtes-vous reconnu(e) en Accident de Travail (privé ou public) :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	en cours <input type="checkbox"/>
Êtes-vous reconnue en ALD (prise en charge à 100%) par la sécurité sociale :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	en cours <input type="checkbox"/>
Si oui, depuis le :			
Avez-vous eu un dossier traité par la MDPH :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	en cours <input type="checkbox"/>
Si oui, qu'avez-vous obtenu et depuis quand :			

Commentaires libres

Pièces à fournir
<p>→ Copie de la carte d'identité,</p> <p>→ Copie intégrale du carnet de vaccination (ou attestation du médecin traitant).</p> <p><i>Ces documents sont à usage strictement interne et confidentiel – La copie du carnet de vaccination permet en particulier de connaître votre "parcours vaccinal" ainsi que le délai entre les vaccinations et l'apparition des symptômes. Ceci nous donne une vision plus précise du contexte qui entoure la survenue de pathologies post-vaccinales et peut nous permettre aussi de voir que certains vaccins posent plus de problèmes que d'autres...</i></p>

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant.

Questionnaire rempli le :

*Par la présente, j'accepte l'utilisation des données me concernant pour un usage strictement statistique et anonyme.*

*Tout autre usage devra faire l'objet d'une demande auprès de moi.*

Signature :

**Questionnaire à retourner à Cindy :**

- par mél : [cindy-e3m@laposte.net](mailto:cindy-e3m@laposte.net)

- ou par courrier : à Florence Bériet – E3M - 77 chemin de la barre – 38260 LA CÔTE SAINT ANDRÉ