

Je souhaite adhérer à votre association :



Nom : _____

Prénom: _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Je suis :

une victime

un parent (père, mère)

famille

ami

milieu médical

J'adhère à l'ABF : 23 €/an

Merci d'adresser votre aimable règlement,
accompagné du présent bulletin dûment complété à :

Association des Brûlés de France
- 46, quai de la Loire, 75019 PARIS