********

**BULLETIN D’INSCRIPTION**

**Journée d’information Myasthénie**

**Samedi 20 septembre 2025**

**Maison des Associations**

**55 avenue du Maréchal Leclerc**

**33700 MERIGNAC**

**NOM : ………………………………………………………..…………………………………... Prénom : …………………………….…………………………………………..**

**Tel : ………………………………………………………..…………………………………... Mail : …………………………….………………………………………………..**

**Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Nombre de participant(s) myasthénique(s) : …………….**

**Nombre de participant(s) non myasthénique(s) : ………….**

Le déjeuner sera servi sur place. Une participation forfaitaire de 5 euros par personne est demandée. Le coût restant est pris en charge par l'AFM-Téléthon.

**Je retiens…………..repas** □ **je joins un règlement de ………….X 5€, soit …………..€ □ je choisis de régler sur place**

**Indiquez, si vous en avez ou votre accompagnant, des difficultés ou allergies alimentaires, ou des besoins particuliers :** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Avez-vous des questions ou des remarques ?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….