

# Formulaire d'adhésion et de don

Merci de votre engagement et de votre soutien,  
vous êtes nos partenaires les plus précieux.

## J'ADHÈRE

L'adhésion à l'association est explicitement sollicitée pour les familles dont un enfant bénéficie de l'accueil dans un des établissements de SARA. Elle ne peut être légalement obligatoire mais il semble naturel que la solidarité avec l'association puisse se manifester au travers de ce soutien.

En effet, si cette place existe, c'est grâce à l'investissement de parents et autres administrateurs et amis de l'association. Ces personnes se sont dépensées sans compter et bénévolement pour concevoir des structures, en défendre le projet auprès des autorités, construire ce lieu et engager les salariés qui accompagnent les résidents.

De surcroît, cette prise en charge est ensuite entièrement financée par les pouvoirs publics, ce qui ne coûte donc rien aux familles. En revanche, les frais de fonctionnement de l'association, les travaux menés pour la poursuite du développement de lieux de vie, la communication réalisée pour sensibiliser à ce handicap, pour accueillir les familles en recherche de solution, pour développer de nouvelles installations (salles snoezelen, terrains de sport, équipements spécifiques...) restent entièrement à la charge des fonds privés de l'association, qui sont notamment alimentés par les adhésions. [La participation des familles utilisatrices par le biais de cette cotisation est donc très importante.](#)

Cotisation avec abonnement à la revue Sésame de la Fédération (4 numéros) : 87€ / an (12 mois)

Cotisation sans abonnement à la revue Sésame de la Fédération : 55€ / an (12 mois)

ou 45€ pour les adhérents à une autre association du réseau Sésame

Je règle ma cotisation :

par chèque, à l'ordre de Sésame Autisme Rhône-Alpes

par virement bancaire  
(coordonnées bancaires de SARA sur le formulaire SEPA)

par prélèvement automatique (1€ de frais supplémentaires à prévoir sur le montant de la cotisation)\*

annuel  semestriel  trimestriel  mensuel

## JE FAIS UN DON

Je fais un don à l'association Sésame Autisme Rhône-Alpes d'un montant de ..... €

Votre don vous donnera droit à une réduction d'impôt sur le revenu égale à 66% de son montant, dans la limite de 20% de votre revenu imposable.

Je fais un don à la Fondation Sésame d'un montant de ..... €

Votre don vous donnera droit à une réduction d'impôt sur la fortune de 75% du montant des versements effectués dans la limite de 50 000€.

Je transmets mon don :

par chèque, à l'ordre de Sésame Autisme Rhône-Alpes ou de la Fondation Sésame

par virement bancaire

(coordonnées bancaires de SARA sur le formulaire SEPA)

par prélèvement automatique (1€ de frais supplémentaires à prévoir sur le montant du don)\*

annuel  semestriel  trimestriel  mensuel

## MES COORDONNÉES

Prénom : .....

Nom : .....

Adresse postale \*\*: .....

Adresse email \*\*: .....

### JE SUIS PROCHE DE...

Afin d'en savoir plus sur vous et votre lien avec notre association, merci de renseigner ces informations. \*\*

Prénom : ..... Nom : .....

Son âge : ..... Son ordre dans la fraterie : ..... / .....

Son lieu d'hébergement : .....

Vous êtes (parent, enfant, oncle, ami...) : .....

\* En cas de règlement par prélèvement automatique, merci de remplir le [mandat de prélèvement SEPA](#) joint et de nous le retourner accompagné de [votre RIB](#). En retour, nous vous enverrons un accusé de réception et vous confirmerons les dates de prélèvements.

\*\* Champs à remplir uniquement si vous adhérez ou faites un don pour la première fois, ou si vous avez des changements à nous faire part.

Merci de nous retourner ce formulaire, accompagné de votre règlement (chèque / mandat SEPA et RIB) par courrier à l'adresse suivante :  
Sésame Autisme Rhône-Alpes - 16 rue Pizay 69001 LYON

Pour plus d'informations sur notre association ou sur les modalités d'adhésion ou de don :



# Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Sésame Autisme Rhône-Alpes à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, conformément aux instructions de Sésame Autisme Rhône-Alpes.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

## RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT

Débiteur

Créancier

Votre nom :

Nom : Sésame Autisme Rhône-Alpes

Votre adresse :

Adresse : 16 rue Pizay

Code postal :

Code postal : 69001

Ville :

Ville : Lyon

## DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IBAN - Numéro d'identification  
international du compte bancaire

BIC - Code international  
d'identification de votre banque

## COORDONNÉES BANCAIRES DE SARA

F R 4 1 2 0 0 4 1 0 1 0 0 7 0 0 3 1 6 1 1 H 0 3 8 5 9

IBAN - Numéro d'identification  
international du compte bancaire

P S S T F R P P L Y O

BIC - Code international  
d'identification de votre banque

Fait à ..... Le .....

Signature