



POUVOIR

Assemblée Générale Samedi 26 janvier 2019

Je soussigné(e) (Nom) _____

(Prénom) _____

demeurant (Adresse) _____

Donne pouvoir à Mme / Mlle / M. _____

Nota : laisser en blanc afin de répartir les pouvoirs parmi les présents lors de l'assemblée, ou bien choisir parmi les personnes dont vous savez qu'elles doivent être présentes.

Pour me représenter à l'Assemblée Générale de Valentin Association de Porteurs d'Anomalies Chromosomiques, qui se tiendra le samedi 26 janvier 2019 à 12h à la maison de la Challe, rue du commerce via rue Salvador Allende À ÉRAGNY-sur-OISE

Fait à _____ le _____

Signature*

* Utilisez ici le module "Rempli et signer" d'Acrobat Reader pour insérer votre signature

PRÉSENCE

Assemblée Générale Samedi 26 janvier 2019 – 12h

NOM _____ Prénom _____

Participera à l'Assemblée Générale du 26 janvier 2019 – 12h OUI NON

Afin de prévoir le repas par le traiteur :

Nombre total de participants dont adultes et enfants de plus de 12 ans

Les frais de déplacement des membres du CA sont pris en charge sur simple demande et pour ceux qui ne le souhaitent pas, cela peut donner lieu à un reçu fiscal pour don, en abandon de charges.



COTISATION 2018

- 1) Vous êtes d'accord avec quel montant de cotisation pour 2019
36 €/personne / 50 €/couple / 25€/étudiant ? 1a OUI NON
Sinon, pourquoi et quelle(s) proposition(s) suggérez-vous ?

DIVERS

- 2) Êtes-vous actuellement correspondant régional/départemental ? 2) OUI NON
- Si oui, souhaitez-vous le renouveler pour 2019 et faire partie du Conseil d'Administration ? a) OUI NON
 - Sinon, souhaitez-vous l'être pour 2019 et faire partie du Conseil d'Administration ? b) OUI NON
- 3) Vous-présentez vous au Conseil d'Administration seul pour 2019 ? 3) OUI NON
(sans être correspondant) Mission(s) : conseil, traduction, organisation de journée
- 4) Vous présentez-vous au Bureau pour 2019 ? 4) OUI NON
Si oui, à quel poste ?
- 5) Voulez-vous suivre la formation à l'école de l'ADN ? 5a) OUI NON
Seul ou 2 (conjoint, autre personne) sur 3 jours ? 5b) 1 2
Cochrez les villes souhaitées **Évry ; Angers ; Poitiers ; Marseille ; Nîmes**
Les formations de l'INSERM (déplacement pris en charge) 5c) OUI NON
- 6) Voulez-vous témoigner dans le bulletin 2019 ? 6a) OUI NON
Dans un livre regroupant plusieurs témoignages ? (cochez la réponse) 6b) OUI NON
sur les **chromosomes 1 à 11, translocations/insertions/inversions équilibrées** OUI NON
chromosomes 12 à 22 OUI NON
syndromes délétionnels 9p22/Alfi , Kleefstra/9q34.3 , Potocki-Shaffer/11p11.3 , Wagr/11p13 , Jacobsen/11q23 , 17q21.31/Koolen de Vries , 22q13/Phelan McDermid , syndromes duplicationnel 7q11.23 , 15q , Potocki Lupski duplication 17p11.2 , tétrasomie 12p/Pallister Killian , 15q/isodicentrique 15q surnuméraire , Cat Eye / duplication / triplification / tétrasomie 22q11 .
- 7) Voulez-vous être sur la frise photographique de l'association ? 7) OUI NON
Qui ? (entourez la réponse) **vous/vos enfants, famille, couple**
Merci alors de nous joindre une photo pour vous renvoyer l'autorisation d'utilisation à signer.
- 8) Voulez-vous, ou un proche (famille, ami), participer à la course 8) OUI NON
des Héros 2019 sur Paris (23/6), Bordeaux/Lyon (16/6) pour LYON BORDEAUX PARIS
financer une autre sortie comme Beauval, le bulletin, les journées associatives
- 9) Remarques diverses / Aides proposées à l'association / De quels sujets
souhaiteriez-vous discuter ou débattre à l'Assemblée Générale du 26 janvier 2019 ?