



Le 21^{ème} week-end des familles de l'AFMBD se déroulera du 26 au 28 octobre 2024 à Poitiers

Notre lieu d'accueil :
Hôtel Altéora Futuroscope
Téléport 1 – Avenue du Futuroscope
86961 Chasseneuil du Poitou

Le nombre de places est limité ! Veuillez remplir et renvoyer le formulaire joint **très rapidement** accompagné d'un chèque pour le montant total qui ne sera encaissé qu'après le séjour.

Nous sommes dans l'obligation de clôturer les inscriptions le 22/09/2024 **ultime délai**.

Ce courrier tient lieu de Convocation à l'Assemblée Générale.

Nous vous souhaitons une très belle fin d'été et de très bonnes vacances. A bientôt.

Le Conseil d'Administration de l'AFMBD

Qui peut participer ?

Nous vous rappelons que ces week-ends s'adressent à toutes les personnes atteintes de la maladie de Blackfan-Diamond, quel que soit leur âge, et à leur famille, leurs conjoint.e.s et leurs ami.e.s proches.

Comment s'inscrire ?

En renvoyant à notre secrétaire, Nelly DOUCET, le bulletin d'inscription ci-joint avec votre règlement par chèque (*Votre chèque ne sera encaissé qu'après le séjour*) ou **en réservant le séjour sur le compte Hello Asso de notre association :**

<https://www.helloasso.com/associations/afmbd/evenements/inscription-au-week-end-des-familles-2024>.

TARIFS

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Adulte : 55,00 €- Enfant de 8 à 18 ans : 40,00 €- Enfant < 8 ans : gratuit |
|--|

Pour l'ensemble du séjour : inscription, chambre, repas, activités.

L'association couvre une grande partie des frais de séjours et d'organisation mais une part reste à la charge des participants. En cas de difficultés financières particulières et sincères, veuillez contacter le président (mhibert@unistra.fr) pour une aide confidentielle éventuelle.

L'ampleur prise par cet évènement nous oblige à insister pour vous demander de retourner au plus vite votre bulletin d'inscription accompagné de votre règlement : le nombre de places est limité et elles seront affectées au fur et à mesure de la réception de vos courriers jusqu'à complétion.

Autres mises à contributions :

N'hésitez pas à nous faire part de sujets que vous voudriez voir aborder lors de ce week-end. Nous ferons au mieux pour les insérer dans le programme.

Nous organisons cette année une longue session de questions-réponses avec le meilleur spécialiste français, notre médecin référent national, le Dr Thierry Leblanc. Afin qu'il puisse étudier vos questions et préparer ses réponses au mieux de vos attentes, merci de nous retourner avec votre bulletin d'inscription et votre règlement vos questions d'intérêt général de tout ordre : médicales, traitements, suivis, aide sociale, etc. (pas de consultation trop personnelle).

Pour tout renseignement :

Président : Marcel HIBERT – Tél. : 06 77 04 46 75 – Mail : mhibert@unistra.fr

Secrétaire : Nelly DOUCET – Tél : 07.84.20.51.79 – Mail : doucet.nelly@gmail.com

**AFMBD Réunion associative 2024
Du 26 au 28 octobre 2024**

BULLETIN d'INSCRIPTION

Souhaitent participer à la réunion des familles AFMBD d'Octobre 2024 :

Nom(s) et prénom(s) :	Féminin / Masculin / autre	Date de naissance

Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? Oui Non

Si oui, précisez :

Adresse :

Tél. : E-mail :

Nombre d'adultes de plus de 18 ans x = Euros

Nombre d'enfants d'âge supérieur à 8 ans x = Euros

Nombre d'enfants âge inférieur à 8 ans : Gratuit

Montant total dû = Euros

Je joins un chèque à l'ordre de l'AFMBD d'un montant de : Euros

Les chèques ne seront encaissés qu'à l'issue de la réunion des familles

QUESTIONS au Docteur Thierry LEBLANC

Veillez indiquer ici les questions que vous souhaitez poser au Dr T Leblanc. Nous lui transmettrons et il y apportera des réponses en réunion.

Question(s)

.....
.....
.....
.....

Renvoyer cette page avec votre chèque à :

Nelly DOUCET
c/o AFMBD
660 b Route d'Auterive
31190 CAUJAC

Si vous ne pouvez pas participer en personne à la réunion, vous trouverez ci-dessous un POUVOIR de REPRESENTATION qui vous permettra de participer aux votes lors de l'Assemblée générale de notre association malgré votre absence que nous regrettons par avance.
Vous recevrez le compte-rendu de l'AG et les résumés des interventions médicales.

POUVOIR

Je soussigné(e) _____, membre de l'AFMBD, donne pouvoir
à _____ pour me représenter lors de l'Assemblée Générale de
l'AFMBD du 26 Octobre 2024 et participer aux votes en mes lieu et place.

Fait à _____ le _____

(Signature et mention manuscrite « Bon pour pouvoir »)

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Mail : _____ Tél : _____

Pour voter je dois être à jour de ma cotisation (voir site web afmbd.org)

<p>Renvoyer à : Nelly DOUCET c/o AFMBD 660 b Route d'Auterive 31190 CAUJAC</p>
--