

Pour devenir membre de l'ALH, veuillez compléter le formulaire ci-dessous.

Nous vous remercions de virer la cotisation annuelle de 10 € sur un des comptes suivants:

LU65 0030 2239 1371 0000 (BGL)

LU15 1111 0348 0478 0000 (CCP)

Nom et prénom: *	
Date de naissance:	
Nom des parents, tuteurs, ...:	
Adresse: *	
Numéro(s) de téléphone:	
Adresse e-mail:	
Type de membre :	<input type="checkbox"/> Hémophile <input type="checkbox"/> Sympathisant
Type d'hémophilie:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Willebrand
Produit utilisé :	
Gravité de l'hémophilie:	<input type="checkbox"/> sévère : en dessous de 1 % de l'activité normale <input type="checkbox"/> modérée : entre 1 et 5 % de l'activité normale <input type="checkbox"/> légère : entre 6 et 30 % de l'activité normale <input type="checkbox"/> sub-hémophilie : plus que 30 % de l'activité normale
Nom et adresse du médecin traitant:	

Date et signature :

Veuillez envoyer le formulaire dûment complété à l'adresse suivante :

**ALH**

**B.P. 2692**

**L-1026 Luxembourg**