

# Fiche d'informations à destination des adhérents d'Ouvrir Les Yeux

## Informations relatives à l'adhésion

Toute personne physique ou morale peut adhérer à l'association Ouvrir Les Yeux, qu'elle soit directement, indirectement, ou non concernée par les Neuropathies Optiques Héréditaires, et quel que soit son âge.

Il est possible d'adhérer à toute période de l'année. Une personne est à jour de sa cotisation à partir de la date du règlement de l'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Sont considérés «membres du même foyer» les personnes vivant sous le même toit.

### Le tarif solidaire

A Ouvrir Les Yeux, nous tenons à ce que toute personne souhaitant nous rejoindre puisse accéder à l'ensemble des avantages d'adhérer à l'association, et ce, quels que soient ses moyens. Nous avons donc mis en place un tarif solidaire de 5€00.

Pour 5€00, vous, et les membres de votre foyer, pouvez devenir adhérents pour l'année en cours. Plus nous sommes nombreux, mieux nous nous faisons entendre !

**L'argent relatif à votre cotisation contribue au financement de nos actions (soutien, recherche, sensibilisation, plaidoyer). Nous attirons votre attention sur la confiance que nous vous portons pour certifier qu'en choisissant le tarif solidaire, vous n'êtes pas en mesure de régler la cotisation ordinaire.**

Pour bénéficier de ce tarif, indiquez simplement la somme de 5€00 sur le montant de votre chèque.

## Statuts et règlement intérieur

En adhérant à l'association Ouvrir Les Yeux, vous acceptez ses statuts et son règlement intérieur.

Ces documents sont consultables via le lien ci-après :

[www.ouvrirlesyeux.org/fr/le-soutien/adhesion/](http://www.ouvrirlesyeux.org/fr/le-soutien/adhesion/)

## Utilisation de vos données

Les différentes informations demandées dans le formulaire d'adhésion joint à cette fiche sont importantes pour les raisons suivantes :

- **Votre nom, prénom et adresse** sont nécessaires pour l'édition de votre reçu fiscal, et seront utiles pour l'envoi éventuel d'informations importantes, surtout si vous ne disposez pas d'adresse e-mail.
- **Vos coordonnées téléphoniques** peuvent servir à notre secrétaire pour des raisons administratives. Des bénévoles de l'association sont également susceptibles de vous joindre comme par exemple un responsable en région pour vous transmettre des informations locales.
- **Votre adresse e-mail** vous permet de recevoir votre reçu fiscal de façon dématérialisée. Aussi, vous serez destinataire de nos e-mails réservés aux adhérents ainsi que de notre newsletter générale. A défaut d'adresse e-mail, nous passerons si possible par voie postale.
- **Votre rapport aux N.O.H. (Neuropathies Optiques Héréditaires)** peut nous permettre par exemple de vous informer sur un essai clinique auquel vous seriez éligible.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous pouvez accéder aux informations vous concernant, les modifier et les supprimer en écrivant à [secretaire@ouvrirlesyeux.org](mailto:secretaire@ouvrirlesyeux.org).

**Ouvrir Les Yeux ne pratique ni l'achat, ni la vente, ni l'échange de données personnelles.**



# COTISATION OUVRIR LES YEUX 2026

*Nous vous conseillons de remplir ce bulletin directement depuis votre ordinateur avant de l'imprimer pour faciliter la lisibilité de vos informations.*

*Le règlement de l'adhésion ainsi que l'éventuel don supplémentaire ouvrent droit à 66% de déduction fiscale. Un reçu vous sera adressé. Exemple : 25 € revient à 8,50 € après déduction fiscale.*

## **VOTRE ADHÉSION :**

NOM :

## Adresse postale :

Prénom :

Mail :

Té| 1 ·

Tél 2 :

Vous êtes :

Atteint de la N.O.H. de Leber  
Atteint de la maladie de Kier

**Montant de la cotisation :** 25 € (1 personne)  
40 € (2 personnes et plus)

J'effectue un don supplémentaire de : euros

Porteur sain Leber  
Porteur sain Kier

Proche d'un malade ou d'un porteur sain  
Autre

## **AUTRES ADHÉRENTS AU SEIN DU FOYER :**

NOM :	Prénom :	Mail :	
Atteint Leber	Porteur sain Leber	Proche d'un malade ou d'un porteur sain	Autre
Atteint Kjer	Porteur sain Kjer		
NOM :	Prénom :	Mail :	
Atteint Leber	Porteur sain Leber	Proche d'un malade ou d'un porteur sain	Autre
Atteint Kjer	Porteur sain Kjer		
NOM :	Prénom :	Mail :	
Atteint Leber	Porteur sain Leber	Proche d'un malade ou d'un porteur sain	Autre
Atteint Kjer	Porteur sain Kjer		
NOM :	Prénom :	Mail :	
Atteint Leber	Porteur sain Leber	Proche d'un malade ou d'un porteur sain	Autre
Atteint Kjer	Porteur sain Kjer		