



## ASSOCIATION MAIA

**MAIA** est une association de patients et de parents, de loi 1901, et d'ampleur nationale et européenne.

Elle a pour objectifs :

1. L'aide aux personnes confrontées à l'infertilité
2. L'information sur les possibilités d'adoption en France et à l'étranger
3. La veille scientifique sur les progrès de l'Assistance Médicale à la Procréation
4. La veille législative concernant l'Assistance Médicale à la Procréation
5. La sensibilisation du public aux problèmes liés à l'infertilité
6. L'aide juridique et judiciaire aux adhérents

Les adhérents de MAIA bénéficient d'un **suivi personnalisé** pour les guider dans leur parcours d'Assistance Médicale à la Procréation ou d'adoption. Ils rejoignent un groupe de **patients solidaires**, qui rencontrent les mêmes problèmes qu'eux : ils peuvent en parler, confronter leurs **expériences**, **échanger** leurs témoignages...

Ils ne sont plus isolés ; ils sont **soutenus** et ils **soutiennent** les autres membres de l'association.

Ils retrouvent un espoir, celui de devenir un jour parent, espoir si fragile et si fragilisé !

Si vous souhaitez :

- ✓ nous rejoindre,    ✓ nous soutenir,    ✓ nous aider,    ✓ obtenir des informations,

n'hésitez pas à nous contacter :

Site Internet : <http://www.maia-asso.org>    E-mail : [contact@maia-asso.org](mailto:contact@maia-asso.org)

**Courrier** : ASSOCIATION MAIA - 32 AVENUE DR JOLY - 61140 BAGNOLES DE L'ORNE

### BULLETIN D'ADHESION

**Je souhaite adhérer à l'association MAIA**

**Je joins à ce courrier un chèque à l'ordre de : ASSOCIATION MAIA**

<b>Type d'adhésion :</b>	<input type="checkbox"/> Nouvel adhérent (Vous adhérez pour la 1 <sup>ère</sup> fois)	<input type="checkbox"/> Ré-Adhésion (Vous avez déjà adhéré à l'association)
	N°Adhérent : <input type="text"/>	

40 € (cotisation simple)     autre montant (précisez) : .....

80 € (cotisation + recours au dossier sécu pour les - de 43 ans (dont 40€ remboursable si recours au TASS négatif sur copie du jugement d'appel))

*(Les adhésions et dons sont déductibles à 66 % de l'impôt sur le revenu. Vous recevrez un justificatif de paiement par retour du courrier)*

	Madame	Monsieur
Nom :		
Prénom :		
Date de Naissance :		
Profession :		
Adresse :		
Téléphone :		
E-mail :		

**Cause d'infertilité** : endométriose  distilbène  insuffisance ovarienne  cancer  MRKH  hystérectomie  infertilité masculine  infertilité inexpliquée  Syndrome de Turner  autre (précisez) :

**Je suis plutôt intéressé(e) par** : l'adoption  le don d'ovocytes  le don de sperme  la FIV  la légalisation de la GPA  autre (précisez) :

NB : Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, merci de nous adresser une demande écrite à l'adresse indiquée plus haut.