



Ligue francophone belge  
contre l'Epilepsie ASBL

## OFFRE DE BENEVOLAT

Fiche à compléter et à renvoyer à : [info@ligueepilepsie.be](mailto:info@ligueepilepsie.be)

### Vos coordonnées ?

NOM : .....  
PRENOM : .....  
MAIL : .....  
TELEPHONE (GSM) : .....  
ADRESSE (rue/avenue) : .....  
NUMERO DE RUE : .....  
CODE POSTAL ET LOCALITE : .....  
DATE DE NAISSANCE : .....  
PROFESSION : .....

### Vous êtes ?

Atteint d'une épilepsie :  Proche d'une personne atteinte d'épilepsie :

Autre : .....

### Quelles sont vos disponibilités ?

En journée  En soirée

En semaine  Le week-end

Disponibilités variables

### Dans quelle(s) région(s) souhaitez-vous vous investir ?

Bruxelles  Brabant wallon  Hainaut  Liège

Province du Luxembourg  Namur

### Quelle(s) compétence(s) souhaitez-vous mettre au service de l'association ?

.....  
.....

### Disposez-vous d'un véhicule ?

Oui  Non