



Fiche de contact/adhésion

Association de parents et de personnes concernés par le handicap mental

Nouveau membre: option choisie

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Membres actifs - parents | Fr. 80.- |
| <input type="checkbox"/> Collectifs | Fr. 150.- |
| <input type="checkbox"/> Membres amis et partenaires | Fr. 60.- |

Membre

Nom et prénom :	Profession :	
Lien avec la personne handicapée : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> représentant légal <input type="checkbox"/> autre :		
Tél. privé :	Tél. port. :	Tél prof. :
Email :		
Adresse : Rue, n° :		N° postal, ville :

Personne en situation de handicap

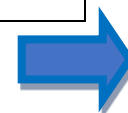
Nom et prénom :	Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Diagnostic (si connu) :		
Degré d'impotence selon l'AI: aucune <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> importante demande en cours		
Autre handicap: <input type="checkbox"/> visuel <input type="checkbox"/> audif <input type="checkbox"/> moteur <input type="checkbox"/> psychique autre:		
Maladie : <input type="checkbox"/> épilepsie <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> autre :		
Lieu de vie : <input type="checkbox"/> chez parents <input type="checkbox"/> chez représentant légal <input type="checkbox"/> en institution <input type="checkbox"/> seul / appartement protégé		
Si la personne habite seule, précisez l'adresse :		
Rue, n° :		N° postal, ville :
Téléphone portable du participant :		Email du participant :

Parents (si différents du membre)

<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> autres (frères, sœurs, etc) :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> autre :		
Nom Prénom :	Nom Prénom : Tél. privé :		
Tél. privé :	Tél. port. :	Email :	Tél. port. :
Email :		Adresse, rue :	
Adresse, rue :		N° postal, ville :	
N° postal, ville :			

Représentant légal (si différent du membre)

Nom et prénom :	Profession :	
Tél. privé :	Tél. port. :	Tél prof. :
Email :		
Adresse : Rue, n° :		N° postal, ville :



Institution de la personne handicapée

Institution fréquentée :	<input type="checkbox"/> foyer <input type="checkbox"/> atelier <input type="checkbox"/> école
Nom du foyer/atelier/école :	
Nom, prénom, fonction de la personne référente :	
Tél. direct foyer :	Tél du secrétariat d'institution :
Email :	
Adresse, rue :	N° postal, ville :

Fratrnie de la personne handicapée (si connue)

Nom	Prénom	Date de naissance
•		
•		
•		
•		
•		

Camps et loisirs

Etes-vous intéressé par les camps et loisirs de l'association ? oui non peut-être

Si oui préciser quelle est la personne référente pour l'inscriptions aux loisirs :

père mère représentant légal (si différent) institution autre :

Correspondance et facturation

Chez qui doit-on envoyer ces courriers : Cocher uniquement 1 case par type de courrier

Publications/informations Association (habituellement le membre)

participant membre parents représentant légal institution

Correspondances/informations Camps et Loisirs

participant membre parents représentant légal institution

Facture cotisation annuelle

participant membre parents représentant légal institution

Factures Camps et loisirs

participant membre parents représentant légal institution

Je certifie avoir pris connaissance des statuts de l'association sur le site www.insiemevaud/association/présentation ainsi que le montant de la cotisation annuelle.

Démission : par écrit trois mois avant la fin de l'année civile, la cotisation de l'année en cours est due.

Nom, prénom :

Lieu, date :

Signature :