

Association « *Les Patates Chaudes* »

BULLETIN D'ADHÉSION

COMME MEMBRE ADHÉRENT-E

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

N° DE TÉLÉPHONE :

ADRESSE COURRIELLE :

PROFESSION :

MOTIF(s) DE VOTRE ADHÉSION : *(cochez une ou plusieurs cases)**

parent ou proche d'une personne présentant des troubles autistiques,

parent ou proche d'une personne présentant des troubles mentaux,

professionnel-le concerné-e par les situations médico-sociales

autre professionnel-le impliqué-e dans le secteur du handicap

simple citoyen-e sensibilisé-e

autre motif :

Fait à :

signature

Le :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ASSOCIATION :

Bulletin reçu le :

décision du CA :

Transmis au demandeur le :

par :