

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)*

- personne présentant des troubles autistiques et/ou mentaux
- 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-ne sensibilisé-e
- autre motif :

Fait à :

signature

Le :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ASSOCIATION :

Bulletin reçu le :

décision du CA :

Transmis au demandeur le :

par :