

BULLETIN D'ADHESION

ADHERENT

- | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mère | <input type="checkbox"/> Père | <input type="checkbox"/> Frère/Soeur |
| <input type="checkbox"/> Grand-Parent | | <input type="checkbox"/> Oncle/Tante |
| <input type="checkbox"/> Personne Handicapée | <input type="checkbox"/> Tuteur | |
| <input type="checkbox"/> Ami (1) | | |

Nom, Prénom : _____

Situation familiale : _____ Nombre d'enfants : _____

Date, Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

_____ Téléphone : _____

Profession _____ Téléphone : _____

*Je soussigné (e) désire adhérer à l'Association des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés des Alpes-Maritimes.
Montant de la cotisation à joindre au présent imprimé : **75 euros** pour l'année **2005**.*

Fait à :

le :

Signature :

PERSONNE HANDICAPEE

Nom, Prénom : _____ Sexe : M F (1)

Date, Lieu de naissance : _____

Orientation donnée : CDES COTOREP, en date du : _____ (1)

Placement en établissement : OUI NON (1)

Si oui, nom et adresse de l'établissement : _____

(1) Cocher la case correspondante.

Cadre réservé à l'ADAPEI-AM

N° Adhérent : _____

Règlement : _____ par :

ESP	CCP	CB
-----	-----	----

Etablissement bancaire et domiciliation : _____ Date : _____