



BULLETIN ADHESION ANNEE 2017

Nom de l'adhérent Prénom

Qualité de l'adhérent Parent Adulte sourd Professionnel Autre

Nom, prénom, année de naissance de la personne ayant une surdité :

Adresse de l'adhérent

Code postal Ville

Tél. Domicile Professionnel Mobile

Adresse électronique.....

⇒ Sur notre site www.arpada-idf.org certaines informations (bulletins, assurance...) sont uniquement réservées à nos adhérents. A l'occasion de votre adhésion, vos identifiants et mot de passe vous sont donnés et sont activés uniquement si vous nous avez fourni votre adresse électronique.

⇒ Afin de réduire nos frais d'envois postaux nous vous encourageons à accéder à notre bulletin sur notre site.

Je souhaite recevoir votre bulletin par voie postale ? oui non

Je souhaite recevoir votre bulletin par voie électronique ? oui non

⇒ Nous recevons des informations qui doivent être transmises rapidement et ne peuvent être envoyées que par voie électronique.

Souhaitez-vous recevoir ce type de courriels ? oui non

⇒ **Autorisez-vous l'ARPADA à communiquer vos coordonnées (téléphone, courriel) lorsqu'une famille cherche des informations pour son enfant ?** oui non

⇒ Vous pouvez à partir de notre site accéder au bon de commande des piles auditives et à celui du livret « Je vais à l'hôpital ... mais je suis sourd (e) » ou le recevoir à votre demande par courrier.

Déclare adhérer à l'ARPADA Ile de France en qualité de

Membre actif : 35 € tarif réduit pour adultes sourds de plus de 50 ans et sourds pluri-handicapés : 18 €)

Membre bienfaiteur à partir de 36 €

Verse la somme de € par chèque bancaire espèces

Chèque libellé à l'ordre de **ARPADA Ile de France**

A..... Le

Signature

Cadre réservé à l'association

Chèque :	Banque :	Date :	Reçu :	Montant :	€
----------	----------	--------	--------	-----------	---

ARPADA Ile de France

Association Régionale de Parents et Amis de Déficiants Auditifs

50 rue de la Plaine 75020 Paris - Tél. 01 43 57 65 70 - info@arpada-idf.org - www.arpada-idf.org