



## BULLETIN ADHESION ANNEE 2018

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](http://www.arpada-idf.org) certaines informations sont uniquement réservées à nos adhérents. A l'occasion de votre adhésion, vos identifiant et mot de passe vous sont donnés et sont activés uniquement si vous nous avez fourni votre adresse électronique.

Quelles sont vos attentes plus spécifiques en matière d'information ?

.....  
.....

⇒ Vous pouvez à partir de notre site accéder au bon de commande des piles auditives et à celui des livrets

« Je vais à l'hôpital ... mais je suis sourd (e) »

« Le projet de vie avec notre enfant sourd. Les parents et la MDPH »

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

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 Déficients Auditifs

50 rue de la Plaine 75020 Paris - Tél. 01 43 57 65 70 - [info@arpada-idf.org](mailto:info@arpada-idf.org) - [www.arpada-idf.org](http://www.arpada-idf.org)