



BULLETIN ADHESION ANNEE 2020

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

Domicile Professionnel Mobile

..... @

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

.....

.....

⇒ Vous pouvez à partir de notre site www.arpada-idf.org accéder à l'actualité de l'association et à diverses autres informations. Vous y trouverez également les **bons de commande 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 »
- « Donner envie de lire à votre enfants sourd ou malentendant ».

⇒ 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 les 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

L'ARPADA est membre des Unions Départementales des Associations Familiales des départements 75, 91, 94 et 95. En conséquence l'adhérent figure sur la liste déclarative annuelle qui leur est envoyée, sauf si il s'y oppose par courrier adressé au siège de l'ARPADA.

Cadre réservé à l'association

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