



Informations concernant la personne handicapée souhaitant bénéficier des prestations de l'association

Cerebral Genève

formulaire d'adhésion en tant que membre actif

**Ne pas remplir, réservé à Cerebral Genève*

Membre * _____

Adhésion en* _____

Nom du bénéficiaire _____

Prénom _____

Sexe F M

Date de naissance _____

Nationalité _____

Langue maternelle _____

Confession _____

**Si tutelle,
Nom du tuteur
et adresse**

Frères et soeurs
(nom, prénom et
date de naissance)

Bénéficiaire AI **N° décision / code** _____

Membre Fondation Cerebral Suisse ? oui non

Impotence faible moyenne grave

Diagnostic

Institutions

(listes des écoles,
institutions, etc.
fréquentées jusqu'à
aujourd'hui)

Actuellement en institution ? externe interne

**Nom et adresse
de l'institution**

No AVS _____

fauteuil roulant

Autres moyens auxiliaires ?

Adresse des parents ou du représentant légal

Si l'adresse des parents est différente, veuillez l'inscrire ci-contre.

Civilité Mme M.

Lien avec la pers. handicapée _____

Etat civil _____

NOM _____

Prénom _____

Profession _____

Nationalité _____

Adresse _____

Tél mobile _____

Tél _____

Tél prof. _____

email _____

Nom et prénom du conjoint _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Nationalité _____

Tél mobile _____

Tél / tél prof. _____

email _____

Nom et adresse de facturation _____

Nom et adresse de correspondance _____

J'autorise l'association à utiliser des photos prises lors d'activités dans le cadre de ses publications? oui non

Signature :Date.....