

FORMULAIRE D'ADHESION EN TANT QUE MEMBRE ACTIF

Personne en situation de handicap souhaitant bénéficier des prestations de l'association	
Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/>	Genre : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Langue maternelle : <input type="text"/>	Nationalité : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	N° postal : <input type="text"/>
Localité : <input type="text"/>	Pays : <input type="text"/>
Tél. : <input type="text"/>	Tél. mobile : <input type="text"/>
E-mail : <input type="text"/>	
Curatelle : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Numéro AI : <input type="text"/>
Allocation pour impotence : <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Grave	
Membre de la Fondation Cerebral : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Moyens auxiliaires : <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Autres : <input type="text"/>	
Diagnostic : <input type="text"/>	
Institution/école fréquentée	
Nom : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Externe
Adresse : <input type="text"/>	N° postal : <input type="text"/>
Localité : <input type="text"/>	Pays : <input type="text"/>
Appartement/Groupe : <input type="text"/>	Tél. : <input type="text"/>
Parent A / Curateur-trice	
Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Lien avec le participant : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	N° postal : <input type="text"/>
Localité : <input type="text"/>	Pays : <input type="text"/>
Tél. : <input type="text"/>	Tél. mobile : <input type="text"/>
E-mail : <input type="text"/>	

Parent B / Curateur-trice	
Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Lien avec le participant : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	N° postal : <input type="text"/>
Localité : <input type="text"/>	Pays : <input type="text"/>
Tél. : <input type="text"/>	Tél. mobile : <input type="text"/>
E-mail : <input type="text"/>	
Curateur-trice	
Civilité : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Service : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	N° postal : <input type="text"/>
Localité : <input type="text"/>	Pays : <input type="text"/>
Tél. : <input type="text"/>	Tél. mobile : <input type="text"/>
E-mail : <input type="text"/>	
Droit à l'image	
J'autorise l'association à utiliser des photos prises lors d'activités dans le cadre de ses publications :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Facturation	
<input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Parent A <input type="checkbox"/> Parent B <input type="checkbox"/> Curateur	

CONDITIONS GÉNÉRALES ET PROTECTION DES DONNÉES
En signant ci-dessous, j'atteste avoir pris connaissance et accepter les conditions générales et la politique de protection des données de l'association Cerebral Genève, toutes deux disponibles sur le site internet de Cerebral Genève.

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL	
Lieu, Date : <input type="text"/>	Signature : <input type="text"/>