



Demande d'adhésion

Civilité :

Nom : Prénom :

Adresse complète :

Code postal : Canton :

Tél. privé : Tél. portable :

Email : Date de naissance :

Profession :

Etes-vous atteint(e) d'une maladie neuro-musculaire ?

- Oui
 Non

Etes-vous parent d'un enfant mineur atteint de maladie neuro-musculaire ?

- Oui, nom et prénom de l'enfant :
 Non
Date de naissance de l'enfant :

Diagnostic si connu (merci de joindre une attestation de diagnostic.) :

Statut de membre selon votre situation personnelle :

Membre actif, sympathisants et professionnels physiques Les membres actifs sont des personnes physiques atteintes de maladies neuro-musculaires ou de maladies rares apparentées, ainsi que leurs parents, leurs proches ou leur représentant légal. Les sympathisants sont des personnes qui souhaitent soutenir l'association. Les professionnels individuels sont par exemple un ergothérapeute, un médecin ou une infirmière qui souhaite soutenir l'association sans que son institution ne devienne membre à titre collectif.	CHF 50.-	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Membre famille Le membre famille est constitué d'un ou deux parents et/ou 1 ou plusieurs enfants mineurs avec au moins une des personnes atteintes de maladies neuro-musculaires ou de maladies rares apparentées.	CHF 70.-	<input type="checkbox"/>
Membre collectif : Les membres collectifs sont des personnes physiques ou morales qui reconnaissent et soutiennent les buts de l'Association.	CHF 200.-	<input type="checkbox"/>

Toutes les informations fournies restent strictement confidentielles.

Suite au verso

Votre demande d'adhésion sera traitée dans les meilleurs délais. En cas d'acceptation, une cotisation annuelle vous sera demandée. Par votre signature, vous confirmez avoir pris note de nos statuts, et à accepter et promouvoir les but de l'Association.

En cas de non-paiement de la cotisation dans les 30 jours qui suivent le rappel, la qualité de membre sera perdue.

Merci de renvoyer la demande par courrier, au secrétariat, ou par mail à info@asrimm.ch.

Lieu et date. :

Signature :