

Bulletin Individuel d'Inscription

Membre Adhérent

M Mme Mlle Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. bureau :

E-mail :

(Conformément à la loi informatique et liberté, délibération n° 80 du 1/4/80, vous possédez un droit de rectification ou de suppression de nos fichiers)

Renseignements concernant votre enfant sourd :

M Mlle Nom : Prénom :

Date de naissance :

Type d'appareillage : Prothèse conventionnelle Implant cochléaire

Ecole :

Classe :

Soutien scolaire : AVS SSEFIS Autre (préciser :

Cotisation : 20 €

Cotisation de soutien (en sus de l'adhésion) : €

(Un reçu fiscal vous sera adressé - Chèques à libeller à l'ordre de « Association COQUELICOT »)

Fait à le

Signature :