Demande d'adhésion en tant que membre actif

Sexe: homme[ ]  femme[ ]

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Section désirée: Argovie-Soleure, Berne, Bienne, Fribourg, Genève, Grisons, Jura, Neuchâtel, Oberland bernois, Suisse centrale, Suisse nord-occidentale, Suisse orientale, Valais, Vaud, Zurich-Schaffhausen, Unitas:

Téléphone privé: Opérateur:

Portable: Opérateur:

Téléphone prof.: Opérateur:

Courriel privé: Courriel prof.:

Profession:

Date de naissance: Etat civil:

# Comment avez-vous entendu parler de la FSA?

[ ]  Site internet

[ ]  Service de consultation et de réadaptation

[ ]  Médias

[ ]  Autres, lesquels:

# 1. Qu'attendez-vous en tant que membre actif de la FSA?

## 1.1. Informations? Oui[ ]  Non[ ]

Si oui, lesquelles?

## 1.2. Conseils? Oui[ ]  Non[ ]

Si oui, lesquels?

## 1.3. Offres de formation et de loisirs? Oui[ ]  Non[ ]

Si oui, lesquelles?

## 1.4. Autres attentes

## 2. Sous quelle forme désirez-vous recevoir nos communications?

[ ]  Courriel

[ ]  Gros caractères

[ ]  Braille intégral

[ ]  Braille abrégé

[ ]  DAISY

# 3. Possédez-vous un reste de vision? Oui[ ]  Non[ ]

Je confirme que je suis considérablement limité) dans le choix ou l'exercice d'une profession ainsi que dans les activités de la vie journalière.

Lieu et date:………………………….. Signature:…………………………….….

# 4. Inscription pour les renseignements téléphoniques gratuits, no 1145

[ ]  Je souhaite bénéficier des renseignements téléphoniques gratuits, no 1145. En annexe, le certificat médical qui atteste de ma malvoyance.

# 5. Décision d'admission de la section

(A remplir par le président ou la présidente de la section concernée)

La demande est approuvée: Oui[ ]  Non[ ]

Lieu et date: Signature:

# 6. Enregistrement central dans la banque de données des membres

(A remplir par le service aux membres)

[ ]  Le requérant, la requérante a été inscrit(e) dans la banque de données des membres

Lieu et date: Signature: