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: