Demande d'adhésion en tant que membre actif

## Instructions pour remplir ce formulaire:

* Ce formulaire contient des champs de texte avec des modes d'emploi.
* Navigation à travers les champs: F11, retourner avec Maj+F11.
* Remplir les champs sans effacer.

Sexe: écrire "masculin" ou "féminin"

Nom: écrire le nom Prénom: écrire le prénom

Rue: écrire la rue NPA: écrire le NPA Lieu: écrire le lieu

Téléphone privé: écrire le téléphone privé

Opérateur: écrire l'opérateur privé

Portable: écrire le numéro portable

Opérateur: écrire l'opérateur (portable)

Téléphone prof.: écrire le numéro prof.

Opérateur: écrire l'opérateur prof.

Courriel privé: écrire le courriel privé

Courriel prof. : écrire le courriel prof.

Profession: écrire la profession

Date de naissance: écrire la date de naissance

Etat civil: écrire l'état civil

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:

écrire la section désirée

# Comment avez-vous entendu parler de la FSA?

Site internet: écrire Oui ou presser Delete

Service de consultation et de réadaptation: écrire Oui ou presser Delete

Médias: écrire Oui ou presser Delete

Autres: écrire Oui ou presser Delete, lesquels: écrire d'autres ou presser Delete

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

**Informations sur**

## Les activités et la vie de la section : écrire Oui ou Non

Défense des intérêts : écrire Oui ou Non

Sensibilisation : écrire Oui ou Non

Malvoyance : écrire Oui ou Non

Autres : Décrire d'autres attentes ou presser Delete

## Conseils

Smartphone/I-Phone : écrire Oui ou Non

Ordinateur : écrire Oui ou Non

Technologie en général : écrire Oui ou Non

Activités de la vie journalière : écrire Oui ou Non

Orientation et mobilité : écrire Oui ou Non

Préoccupations relatives au travail social : écrire Oui ou Non

A propos de la déficience visuelle dans le domaine médical : écrire Oui ou Non

Autres : Décrire d'autres attentes ou presser Delete

## Offres de formation et de loisirs

Evénements sportifs dans la section : écrire Oui ou Non

Cours : écrire Oui ou Non

Groupes créatifs : écrire Oui ou Non

Centre de formation et de rencontre : écrire Oui ou Non

Contact avec des membres : écrire Oui ou Non

Des offres de la bibliothèque pour aveugles : écrire Oui ou Non

Autres : Décrire d'autres attentes ou presser Delete

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

Courriel (veuillez indiquer votre adresse e-mail) : écrire Oui ou presser Delete

Gros caractères : écrire Oui ou presser Delete

Braille : écrire Oui ou presser Delete

DAISY : écrire Oui ou presser Delete

Possédez-vous un reste de vision? Reste de vision: écrire Oui ou Non

Je souhaite bénéficier des renseignements téléphoniques gratuits, no 1145. En annexe, le certificat médical qui atteste de ma malvoyance : Demande 1145: écrire Oui ou presser Delete

Je suis intéressé par l'offre payante du E-Kiosk. Veuillez me contacter : Demande E-Kiosk: écrire Oui ou presser Delete

Avec votre signature vous confirmez que vous êtes considérablement limité dans le choix ou l'exercice d'une profession ainsi que dans les activités de la vie journalière.

Veuillez également remplir le document "Certificat médical pour déficience visuelle", le faire confirmer par votre médecin et le joindre à la présente demande d'adhésion. Ce certificat n'est pas requis si la demande d'adhésion est confirmée par un centre de consultation.

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

# Confirmation du Service de consultation

Le Service de consultation confirme le handicap visuel.

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

# Confirmation de la section : Personnellement connu : [ ]

# 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: