Demande d'adhésion en tant que membre actif

Sexe: homme femme

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Téléphone privé: Opérateur:

Portable: Opérateur:

Téléphone prof.: Opérateur:

Courriel privé: Courriel prof.:

Profession:

Date de naissance: Etat 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:

# Comment avez-vous entendu parler de la FSA?

Site internet

Service de consultation et de réadaptation

Médias

Autres, lesquels:

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

**Informations sur**

## Les activités et la vie de la section Oui Non

Défense des intérêts Oui Non

Sensibilisation Oui Non

Malvoyance Oui Non

Autres : ………………………………………………………………………………

## Conseils

Smartphone/I-Phone Oui Non

Ordinateur Oui Non

Technologie en général Oui Non

Activités de la vie journalière Oui Non

Orientation et mobilité Oui Non

Préoccupations relatives au travail social Oui Non

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

Autres : ……………………………………………………………………………

## Offres de formation et de loisirs

Evénements sportifs dans la section Oui Non

Cours Oui Non

Groupes créatifs Oui Non

Centre de formation et de rencontre Oui Non

Contact avec des membres Oui Non

Des offres de la bibliothèque pour aveugles Oui Non

Autres : …………………………………………………………………………..

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

Courriel (veuillez indiquer votre adresse e-mail)

Gros caractères

Braille

DAISY

Possédez-vous un reste de vision? Oui Non

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

Je suis intéressé par l'offre payante du E-Kiosk. Veuillez me contacter.

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: