

# FICHE ADHESION

Date : \_\_\_\_\_

Numéro : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Etes-vous :  sous curatelle  Sous tutelle

Coordonnées : \_\_\_\_\_

Vous êtes :  Malvoyant  Non-voyant

Lors de sorties, avez-vous besoin d'un accompagnateur ? :

Oui  Non

Comment avez-vous connu notre association ? \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

J'autorise l'association Eclipse à utiliser pour sa promotion, sa publicité et son fonctionnement toute photographie, enregistrement audio ou vidéo réalisé dans le cadre normal de ses activités

Observation(s) : \_\_\_\_\_

Signature.