

Formulaire d'adhésion

Je suis heureux(se) de rejoindre l'association CP Family en tant que membre.

• INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom:..... Prénom:

Adresse:

Numéro de téléphone:

Adresse e-mail:

Numéro d'ID:

Occupation:

• CONNAISSANCE ATTEINTE DE PARALYSIE CEREBRALE (s'il y en a)

Nom et Prénom:

Relation:

Date de naissance:

Occupation: à la maison dans un centre spécialisé
 travail dans une école dite "normale"

Nom de l'institution:

• ABONNEMENT AUX ENVOIS PAR COURRIEL:

J'accepte de recevoir les courriels de l'Association.

J'accepte de devenir membre de l'association CP Family, de payer un frais d'entrée de Rs 100 et une cotisation annuelle de Rs 100.

Les paiements peuvent être effectué par virement bancaire (MCB no 00 04 48 79 76 74, cash ou cheque à l'ordre de CP Family)

Signature: Date:.....

**Notre mission est de réunir les personnes concernées par la paralysie cérébrale, d'informer, de sensibiliser et d'être un soutien pour les familles.
Ensemble nous sommes plus fort !**