

**Renseignements personnels** Madame Monsieur

Nom

Prénom

Rue et n°

NPA

Lieu

Canton

Tél.

Natel

E-mail

Date de naissance

Profession/activités/formation

Je connais l'ASPr-SVG | Polio.ch par

 un membre les médias autres la revue associative Faire Face internet**Raison de votre adhésion** Veuillez cocher ce qui convient Je suis moi-même atteint-e d'un handicap physique

Quel type d'handicap

 Je suis moi-même atteint-e de poliomyélite ou du syndrome post-polio Je désire soutenir votre association en devenant membre sympathisant Je suis proche parent ou ami d'une personne en situation de handicap Je suis intéressé-e à titre professionnel

Vos questions et suggestions

Lieu, date

Signature

Ce formulaire est à renvoyer dûment complété et signé à l'adresse suivante:

Secrétariat central de l'ASPr-SVG | Polio.ch, Rte du Grand-Pré 3, 1700 Fribourg

Nous nous tenons à votre entière disposition en cas de questions au tél. 026 322 94 33

Les champs suivants sont à remplir par la section et le secrétariat central**Traitement par la section**

Date

Signature du/de la président-e de section

Adhésion comme

 Membre actif Membre sympathisant Membre CISP**Traitement par le secrétariat central**

Membre N°

Section

Date

Mutation effectuée par