**Bulletin d'adhésion**

Je désire adhérer à l’Association Cerebral Jura en qualité de :

[ ] **membre actif** Fr. 40.– par an

*Parent d'un enfant en situation de handicap (mineur ou majeur)*

*Personne en situation de handicap*

*Toute personne s'intéressant à la thématique du handicap*

[ ] **membre passif (soutien)** Fr. 30.– par an

[ ] **membre collectif (entreprise/société)** Fr. 50.– par an

***Membre***

Nom Prénom

Rue NP/Ville

Date de naissance N° de portable

E-mail Profession

***Remarque :*** s*i vous êtes en situation de handicap, merci de compléter en plus des informations ci-dessus, les lignes en vert\* ci-dessous*.

***Coordonnées de la personne en situation de handicap***

Nom Prénom

Rue NP/Ville

Date de sa naissance\*

Handicap (diagnostic)\*

Institution, école ou atelier fréquenté(e)\*

Pour les informations relatives aux manifestations, je désire être contacté-e par :

[ ] courrier postal [ ] e-mail [ ] téléphone

Date Signature

***Une fois complété, envoyer le formulaire à :***

Association Cerebral Jura, Rue des Moulins 12, 2800 Delémont