

# 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 : si 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