



Association suisse pour le Langage Parlé Complété

FICHE D'ENREGISTREMENT DE NOUVEAU MEMBRE ALPC OU DE PERSONNE INTERESSEE A RECEVOIR DES INFORMATIONS CONCERNANT LE LPC

	Cotisation de membre	Cotisation de soutien	
CHF	30.00	60.00	par étudiant, apprenti, retraité AVS (merci de nous envoyer une copie de votre carte)
CHF	50.00	100.00	par membre individuel
CHF	70.00	140.00	par couple ou famille
CHF	100.00	200.00	par école, institution, association, etc. donnant droit à une personne membre

Merci de mettre une croix dans les cases correspondantes

<input type="checkbox"/>	Je désire / Nous désirons devenir membre de l'ALPC
<input type="checkbox"/>	Je désire / Nous désirons recevoir régulièrement des informations concernant le LPC sans devenir membre de l'ALPC

Données individuelles ou collectives

Titre du contact principal :	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Enfant majeur	<input type="checkbox"/> Enfant mineur	<input type="checkbox"/> Docteur
	<input type="checkbox"/> Autre :					
Nom :						Prénom :
Institution :						
Adresse :						
NPA et Lieu :					Canton ou Pays :	
Date de naissance :						Si sourd / malentendant, N° AVS :
Tél. privé :					Tél. prof. :	
Tél. portable :					Fax privé :	
Fax prof. :					Téléscrit :	
Adresse e-mail :					Autre adresse e-mail :	
Coordonnées bancaires ou ccp (facultatif, pour remboursements) :						
Lien surdité :	<input type="checkbox"/> Entendant	<input type="checkbox"/> Parent entendant	<input type="checkbox"/> Professionnel surdité	<input type="checkbox"/> Frère / sœur		
	<input type="checkbox"/> Sourd	<input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant	<input type="checkbox"/> Malentendant			
Profession en lien avec la surdité :						Autre profession :

Autres données si vous êtes un couple ou une famille

Titre du conjoint/e :	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Docteur	<input type="checkbox"/> Autre :		
Nom du conjoint/e :						Prénom du conjoint/e :
Tél. portable :						Adresse e-mail :
Tél. prof. :						Fax prof. :
Lien surdité :	<input type="checkbox"/> Entendant	<input type="checkbox"/> Parent entendant	<input type="checkbox"/> Professionnel surdité			
	<input type="checkbox"/> Sourd	<input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant	<input type="checkbox"/> Malentendant			
Date de naissance :						Si sourd / malentendant, N° AVS :
Profession en lien avec la surdité :						Autre profession :

Nom 1 ^{er} enfant :						Prénom 1 ^{er} enfant :
Lien surdité :	<input type="checkbox"/> Entendant	<input type="checkbox"/> Sourd	<input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant	<input type="checkbox"/> Malentendant		
Date de naissance :						Si sourd / malentendant, N° AVS :
Tél. portable :						Adresse e-mail :

Tournez la page

A remplir et à envoyer auprès du :
Secrétariat ALPC, Edith Ghirlanda, rte du Village 130, Oberried, CH-1724 Le Mouret

Nom 2 ^e enfant :	Prénom 2 ^e enfant :
Lien surdité : <input type="checkbox"/> Entendant <input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant <input type="checkbox"/> Malentendant	
Date de naissance :	Si sourd / malentendant, N ^o AVS :
Tél. portable :	Adresse e-mail :

Nom 3 ^e enfant :	Prénom 3 ^e enfant :
Lien surdité : <input type="checkbox"/> Entendant <input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant <input type="checkbox"/> Malentendant	
Date de naissance :	Si sourd / malentendant, N ^o AVS :
Tél. portable :	Adresse e-mail :

Nom 4 ^e enfant :	Prénom 4 ^e enfant :
Lien surdité : <input type="checkbox"/> Entendant <input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant <input type="checkbox"/> Malentendant	
Date de naissance :	Si sourd / malentendant, N ^o AVS :
Tél. portable :	Adresse e-mail :

Autres données si vous êtes une institution, une association, une  cole, etc.

Titre du contact n ^o 1 : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Président <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Docteur <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom du contact n ^o 1 :	Prénom du contact n ^o 1 :
Tél. portable :	Adresse e-mail :
Tél. prof. :	Fax prof. :
Lien surdité : <input type="checkbox"/> Professionnel surdité <input type="checkbox"/> Entendant <input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant <input type="checkbox"/> Malentendant	
Profession en lien avec la surdité :	Autre profession :

Titre du contact n ^o 2 : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Président <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Docteur <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom du contact n ^o 2 :	Prénom du contact n ^o 2 :
Tél. portable :	Adresse e-mail :
Tél. prof. :	Fax prof. :
Lien surdité : <input type="checkbox"/> Professionnel surdité <input type="checkbox"/> Entendant <input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant <input type="checkbox"/> Malentendant	
Profession en lien avec la surdité :	Autre profession :

Titre du contact n ^o 3 : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Président <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Docteur <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom du contact n ^o 3 :	Prénom du contact n ^o 3 :
Tél. portable :	Adresse e-mail :
Tél. prof. :	Fax prof. :
Lien surdité : <input type="checkbox"/> Professionnel surdité <input type="checkbox"/> Entendant <input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant <input type="checkbox"/> Malentendant	
Profession en lien avec la surdité :	Autre profession :

Remarques �ventuelles :

**A remplir et   envoyer auprès du :
S cr tariat ALPC, Edith Ghirlanda, rte du Village 130, Oberried, CH-1724 Le Mouret**