

Bulletin d'Adhésion 2021

 Renouvellement Adhérent n° : ADH.....
NOM (en capitales)

Prénom

Adhérent
 Père – Mère – Responsable légal – Jeune Adulte Implanté

Adresse

Ville CP

Tél dom Mobile

 E-mail@.....
 (lisible svp)

* Domaine d'activité :

* Métier :

GCADH2021***W

Parent ou Responsable 2
 Père – Mère – Responsable légal

NOM Prénom

Mobile :

E-mail :@.....

* Domaine d'activité :

* Métier :

Personne(s)/ Enfant(s) implantée(s)

NOM, Prénom			
Date de naissance	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
1 ou 2 implants	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Implants Marque & Modèle			
Années d'implantation	droite gauche	droite gauche	droite gauche
Suivi Centre/Hôpital	nom ville	nom ville	nom ville
Scolarité	<input type="checkbox"/> Inclusion totale <input type="checkbox"/> Inclusion partielle (Ulis, SSEFS, SESSAD...) <input type="checkbox"/> Etablissement spécialisé	<input type="checkbox"/> Inclusion totale <input type="checkbox"/> Inclusion partielle (Ulis, SSEFS, SESSAD...) <input type="checkbox"/> Etablissement spécialisé	<input type="checkbox"/> Inclusion totale <input type="checkbox"/> Inclusion partielle (Ulis, SSEFS, SESSAD...) <input type="checkbox"/> Etablissement spécialisé
Classe / Niveau			
Ecoles/ Etablissements fréquentés, Ville			
* Activités/Loisirs	<input type="checkbox"/> musique-instruments : <input type="checkbox"/> sports : <input type="checkbox"/> théâtre <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> musique-instruments : <input type="checkbox"/> sports : <input type="checkbox"/> théâtre <input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> musique-instruments : <input type="checkbox"/> sports : <input type="checkbox"/> théâtre <input type="checkbox"/> autre
* Frères et Sœurs	<input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur - NOM Prénom date de naissance <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur - NOM Prénom date de naissance <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur - NOM Prénom date de naissance		

* informations facultatives aidant votre association à améliorer les propositions d'événements, d'informations et d'activités

 Je confirme mon ADHESION à l'association Génération Cochlée pour l'année **2021**, et verse la somme de **30€** (pour les renouvellements : **avant le 31 janvier 2021**, au-delà majoration de 50%, soit 45€)

 par chèque à l'ordre de Génération Cochlée; chèque n° nom banque.....

 par virement bancaire sur le compte CCP. IBAN: FR48 2004 1010 1240 5243 4K03 339

 ↳ **IMPORTANT** : merci de préciser votre **numéro d'adhérent** (ADH*** ou ADH-NEW) dans l'**objet** du virement

Fait le _____ à _____

Signature

Le formulaire et le règlement sont à adresser à
Génération Cochlée – 97, boulevard Arago - 75014 Paris