Demande d'adhésion en tant que membre actif

Sexe: homme[ ]  femme[ ]

Nom: Prénom:

Rue: NPA: Lieu:

Téléphone privé: Opérateur:

Portable: Opérateur:

Téléphone prof.: Opérateur:

Courriel privé: Courriel prof.:

Profession:

Date de naissance: Etat civil:

Section désirée: Argovie-Soleure, Berne, Bienne, Fribourg, Genève, Grisons, Jura, Neuchâtel, Oberland bernois, Suisse centrale, Suisse nord-occidentale, Suisse orientale, Valais, Vaud, Zurich-Schaffhausen, Unitas:

# Comment avez-vous entendu parler de la FSA?

[ ]  Site internet

[ ]  Service de consultation et de réadaptation

[ ]  Médias

[ ]  Autres, lesquels:

# Qu'attendez-vous en tant que membre actif de la FSA?

**Informations sur**

## Les activités et la vie de la section Oui[ ]  Non[ ]

Défense des intérêts Oui[ ]  Non[ ]

Sensibilisation Oui[ ]  Non[ ]

Malvoyance Oui[ ]  Non[ ]

Autres : ………………………………………………………………………………

## Conseils

Smartphone/I-Phone Oui[ ]  Non[ ]

Ordinateur Oui[ ]  Non[ ]

Technologie en général Oui[ ]  Non[ ]

Activités de la vie journalière Oui[ ]  Non[ ]

Orientation et mobilité Oui[ ]  Non[ ]

Préoccupations relatives au travail social Oui[ ]  Non[ ]

A propos de la déficience visuelle dans le domaine médical Oui[ ]  Non[ ]

Autres : ……………………………………………………………………………

## Offres de formation et de loisirs

Evénements sportifs dans la section Oui[ ]  Non[ ]

Cours Oui[ ]  Non[ ]

Groupes créatifs Oui[ ]  Non[ ]

Centre de formation et de rencontre Oui[ ]  Non[ ]

Contact avec des membres Oui[ ]  Non[ ]

Des offres de la bibliothèque pour aveugles Oui[ ]  Non[ ]

Autres : …………………………………………………………………………..

## Sous quelle forme désirez-vous recevoir nos communications?

[ ]  Courriel (veuillez indiquer votre adresse e-mail)

[ ]  Gros caractères

[ ]  Braille

[ ]  DAISY

Possédez-vous un reste de vision? Oui[ ]  Non[ ]

[ ]  Je souhaite bénéficier des renseignements téléphoniques gratuits, no 1145. En annexe, le certificat médical qui atteste de ma malvoyance.

[ ]  Je suis intéressé par l'offre payante du E-Kiosk. Veuillez me contacter.

Avec votre signature vous confirmez que vous êtes considérablement limité dans le choix ou l'exercice d'une profession ainsi que dans les activités de la vie journalière.

Veuillez également remplir le document "Certificat médical pour déficience visuelle", le faire confirmer par votre médecin et le joindre à la présente demande d'adhésion. Ce certificat n'est pas requis si la demande d'adhésion est confirmée par un centre de consultation.

Lieu et date:………………………….. Signature:…………………………….….

# Confirmation du Service de consultation

Le Service de consultation confirme le handicap visuel.

Lieu et date :…………………………….. Signature : …………………………..

# Confirmation de la section : Personnellement connu : [ ]

# Décision d'admission de la section

(A remplir par le président ou la présidente de la section concernée)

La demande est approuvée: Oui[ ]  Non[ ]

Lieu et date: Signature: