Demande d'adhésion en tant que membre actif

Sexe: homme  femme  autre

Nom: Prénom:   
Rue: NPA:…………Lieu:………………………  
Téléphone privé: ……………………………………………..  
Portable: ..  
Courriel privé: ……………………………………………..  
Date de naissance: ……………………………………………..  
Numéro AVS (si possible) : ………………………………………………………..

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, date et signature:…………………………….…………………………………

# Confirmation du Service de consultation

Le Service de consultation confirme le handicap visuel.

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