Demande d'adhésion en tant que membre actif

## Instructions pour remplir ce formulaire:

* Ce formulaire contient des champs de texte avec des modes d'emploi.
* Navigation à travers les champs: F11, retourner avec Maj+F11.
* Remplir les champs sans effacer.

Sexe: écrire "masculin" ou "féminin" ou "autre"

Nom: écrire le nom

Prénom: écrire le prénom

Rue: écrire la rue

NPA et Lieu: écrire le NPA et le lieu

Téléphone privé: écrire le téléphone privé

Portable: écrire le numéro portable

Courriel privé: écrire le courriel privé

Date de naissance: écrire la date de naissance

Numéro AVS (si possible): écrire le numéro AVS

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 date et signature: …………………………..