

# AJPEDA

## *Demande d'adhésion*

Nom(s) de famille parent(s)

Prénom(s) parent(s)

Rue / no

NPA / Localité

<b>Enfant(s)</b>	Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Année naiss.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	sourd/malentendant (oui = X)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Année naiss.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	sourd/malentendant (oui = X)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Année naiss.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	sourd/malentendant (oui = X)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

No téléphone

No portable

No fax

Adresse(s) e-mail

- Comment avez-vous connu l'AJPEDA?
- Internet
  - connaissances (amis, famille, proches)
  - membres AJPEDA
  - école
  - médecins, hôpital, professionnels de la surdité
  - autres: .....

Lieu: .....

Date: .....