



**Adhésion nominative
à renvoyer à :**

M. le trésorier d'Autisme Côte d'Émeraude
Maison des associations Surcouf
19 rue de la Chaussée
35400 SAINT MALO

Je, soussigné(e) ,
NOM :
Prénom :
N° voie
Code Postal : Ville :
Courriel :@.....
Téléphone(s) :

- Adhère,
- Renouvelle mon adhésion pour l'année 20.....,
- J'ai payé une cotisation par CB sur HelloAsso à partir de votre site.
- Joins ma cotisation annuelle de 20 € (tarif général),
- Joins ma cotisation annuelle de 10 € (personne porteuse d'autisme),
- Fais un don de € (facultatif),
- Souhaite recevoir les informations relatives aux projets et à la vie de l'association,
- Souhaite recevoir une attestation fiscale (uniquement pour les dons).

Fait à,
le __ / __ / ____ .
Signature :

L'adhésion s'entend par année civile. Les adhésions de novembre et décembre sont comptabilisées pour l'année suivante. La période de renouvellement s'étend du 1er décembre au 31 janvier, période pendant laquelle sont publiés des appels cotisation.

Vos besoins, vos souhaits par rapport à votre situation et/ou notre association :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Les informations contenues dans ce formulaire ne seront utilisées que pour la seule nécessité de la connaissance par Autisme Côte d'Émeraude de ses adhérents. Elles pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès d'Autisme Côte d'Émeraude dans les conditions fixées par la loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiées.



Merci de compléter ces quelques questions pour nous aider à mieux vous connaître, vous informer et vous accompagner.

Votre situation face à l'autisme vous êtes :

Porteur d'autisme:

Votre année de naissance: Précisez votre handicap:

Vous exercez une activité: oui : non
 milieu ordinaire milieu adapté:
 à temps plein à temps partiel

Vous vivez : dans votre propre logement en colocation (structure, appartement partagé, etc.)
 chez un proche (parent, famille, etc.)

Parents:

L'année de naissance et le sexe de votre ou vos enfant(s):

Précisez le/leurs handicap(s):

Votre/vos enfant(s) vit/vivent: avec vous en structure de type:
 en colocation (appartement partagé, etc.) seul

Votre/vos enfant(s) est/sont scolarisé(s): oui non
 milieu scolaire ordinaire milieu adapté:

niveau(x): à temps plein à temps partiel
..... avec AESH (précisez le nombre d'heures:)
 déscolarisation autre:

Votre/vos enfant(s) travaille(nt): oui non:
 milieu ordinaire milieu adapté:
 à temps plein à temps partiel

Professionnel:

Vous travaillez dans le domaine de la: santé social éducation autre :

Votre fonction:

Type de structure où vous exercez:

Acceptez-vous d'être contacté(e) pour participer à des événements organisés par l'association (colloques, formation, journées d'information, etc.) ? oui non

Autre:

Vous soutenez la cause de l'autisme en tant que : Famille Ami autre:

Êtes-vous intéressé(e) par une participation bénévole aux travaux de l'association? oui non