

Date d'entrée :

ADHERENT	
<input type="checkbox"/> Parent hors AAPEI <input type="checkbox"/> Ami	
Politesse : <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mlle	
NOM :	
Prénom :	
Adresse :	
CP :	Commune :
Tél. dom. :	portable :
E-mail :	

SITUATION FAMILIALE	
<input type="checkbox"/>	Marié
<input type="checkbox"/>	Concubin / PACS
<input type="checkbox"/>	Divorcé
<input type="checkbox"/>	Veuf
<input type="checkbox"/>	Célibataire
<input type="checkbox"/>	Monoparentale
<p>En application de l'Article 27 de la Loi du 6 janvier 1978, les informations ci-mentionnées ont un caractère obligatoire pour l'établissement de la liste électorale de notre association familiale, liste destinée à vous représenter au sein de l'UDAF et de l'UNAF. Elles peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès de l'Association à laquelle vous adhérez. Toutes ces informations ont un caractère strictement confidentiel et ne feront pas l'objet d'une quelconque cession à un autre organisme.</p>	
<p>Signature : Lu et approuvé</p>	

CONJOINT	
NOM :	
Prénom :	

PERSONNE HANDICAPEE	
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	
Lien de parenté avec l'adhérent : <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Frère, sœur <input type="checkbox"/> autre	
Type de handicap :	Etablissement/Service :

AUTRES ENFANTS			
Prénom	Année de Naissance	Sexe F/M	Handicapé