



**FICHE D'ENREGISTREMENT DE NOUVEAU MEMBRE ALPC  
OU DE PERSONNE INTERESSEE  
A RECEVOIR DES INFORMATIONS CONCERNANT LE LPC**

	<b>Cotisation de membre</b>	<b>Cotisation de soutien</b>	
<b>CHF</b>	40.00	60.00	par étudiant, apprenti, retraité AVS (merci de nous envoyer une copie de votre carte)
<b>CHF</b>	60.00	100.00	par membre individuel
<b>CHF</b>	80.00	140.00	par couple ou famille
<b>CHF</b>	110.00	200.00	par école, institution, association, etc. donnant droit à une personne membre

**Merci de mettre une croix dans les cases correspondantes**

<input type="checkbox"/>	Je désire / Nous désirons devenir membre de l'ALPC
<input type="checkbox"/>	Je désire / Nous désirons recevoir régulièrement des informations concernant le LPC sans devenir membre de l'ALPC

**Données individuelles ou collectives**

Titre du contact principal :	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Enfant majeur	<input type="checkbox"/> Enfant mineur	<input type="checkbox"/> Docteur
	<input type="checkbox"/> Autre :					
Nom :				Prénom :		
Institution :						
Adresse :						
NPA et Lieu :				Canton ou Pays :		
Date de naissance :	Si sourd / malentendant, N° AVS : Ou n° AVS de la personne sourde pour qui vous codez					
Tél. privé :				Tél. prof. :		
Tél. portable :				Fax privé :		
Fax prof. :				Téléscrit :		
Adresse e-mail :				Autre adresse e-mail :		
Coordonnées bancaires ou ccp (facultatif, pour remboursements) :						
Lien surdité :	<input type="checkbox"/> Entendant	<input type="checkbox"/> Parent entendant	<input type="checkbox"/> Professionnel surdité	<input type="checkbox"/> Frère / sœur		
	<input type="checkbox"/> Sourd	<input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant	<input type="checkbox"/> Malentendant			
Profession en lien avec la surdité :				Autre profession :		

**Autres données si vous êtes un couple ou une famille**

Titre du conjoint/e :	<input type="checkbox"/> Madame	<input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Docteur	<input type="checkbox"/> Autre :		
Nom du conjoint/e :				Prénom du conjoint/e :		
Tél. portable :				Adresse e-mail :		
Tél. prof. :				Fax prof. :		
Lien surdité :	<input type="checkbox"/> Entendant	<input type="checkbox"/> Parent entendant	<input type="checkbox"/> Professionnel surdité			
	<input type="checkbox"/> Sourd	<input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant	<input type="checkbox"/> Malentendant			
Date de naissance :	Si sourd / malentendant, N° AVS :					
Profession en lien avec la surdité :				Autre profession :		

Nom 1 <sup>er</sup> enfant :				Prénom 1 <sup>er</sup> enfant :		
Lien surdité :	<input type="checkbox"/> Entendant	<input type="checkbox"/> Sourd	<input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant	<input type="checkbox"/> Malentendant		
Date de naissance :	Si sourd / malentendant, N° AVS :					
Tél. portable :	Adresse e-mail :					

**A remplir et à envoyer auprès du :**  
**Secrétariat ALPC, Evelyne Jordan, Vieux-Chênes 14, CH-1700 Fribourg**  
**secretariat@alpc.ch**

Nom 2 <sup>e</sup> enfant :		Prénom 2 <sup>e</sup> enfant :	
Lien surdité : <input type="checkbox"/> Entendant <input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant <input type="checkbox"/> Malentendant			
Date de naissance :		Si sourd / malentendant, N <sup>o</sup> AVS :	
Tél. portable :		Adresse e-mail :	

Nom 3 <sup>e</sup> enfant :		Prénom 3 <sup>e</sup> enfant :	
Lien surdité : <input type="checkbox"/> Entendant <input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant <input type="checkbox"/> Malentendant			
Date de naissance :		Si sourd / malentendant, N <sup>o</sup> AVS :	
Tél. portable :		Adresse e-mail :	

Nom 4 <sup>e</sup> enfant :		Prénom 4 <sup>e</sup> enfant :	
Lien surdité : <input type="checkbox"/> Entendant <input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant <input type="checkbox"/> Malentendant			
Date de naissance :		Si sourd / malentendant, N <sup>o</sup> AVS :	
Tél. portable :		Adresse e-mail :	

**Autres données si vous êtes une institution, une association, une  cole, etc.**

Titre du contact n <sup>o</sup> 1 : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Président <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Docteur		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom du contact n <sup>o</sup> 1 :		Prénom du contact n <sup>o</sup> 1 :	
Tél. portable :		Adresse e-mail :	
Tél. prof. :		Fax prof. :	
Lien surdité : <input type="checkbox"/> Professionnel surdité <input type="checkbox"/> Entendant			
<input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant <input type="checkbox"/> Malentendant			
Profession en lien avec la surdité :		Autre profession :	

Titre du contact n <sup>o</sup> 2 : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Président <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Docteur		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom du contact n <sup>o</sup> 2 :		Prénom du contact n <sup>o</sup> 2 :	
Tél. portable :		Adresse e-mail :	
Tél. prof. :		Fax prof. :	
Lien surdité : <input type="checkbox"/> Professionnel surdité <input type="checkbox"/> Entendant			
<input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant <input type="checkbox"/> Malentendant			
Profession en lien avec la surdité :		Autre profession :	

Titre du contact n <sup>o</sup> 3 : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Président <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Docteur		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom du contact n <sup>o</sup> 3 :		Prénom du contact n <sup>o</sup> 3 :	
Tél. portable :		Adresse e-mail :	
Tél. prof. :		Fax prof. :	
Lien surdité : <input type="checkbox"/> Professionnel surdité <input type="checkbox"/> Entendant			
<input type="checkbox"/> Sourd <input type="checkbox"/> Sourd, porteur d'implant <input type="checkbox"/> Malentendant			
Profession en lien avec la surdité :		Autre profession :	

Remarques éventuelles :
-------------------------