

NOM : Mme/ Melle/ Mr

PRENOM :

ADRESSE:

VILLE :

CODE POSTAL :

TELEPHONE :

TELEPHONE PORTABLE :

E MAIL :

ADHERENT APF • depuis

NON ADHERENT APF •

HANDICAPE •

VALIDE •

HANDICAP :

DATE DE NAISSANCE :

**VIE A DOMICILE ... (SEUL – EN FAMILLE - EN COUPLE) ... EN ETABLISSEMENT
(Barrer les mentions inutiles)**

PROFESSION

RETRAITE •

ACTIVITES BENEVOLES

GOUTS – LOISIRS

MERCI DE NOUS JOINDRE UNE PHOTO

Vous voulez faire partie d'une cordée :

CLASSIQUE (correspondance d'échange et d'amitié sur tous sujets) :	•
PHILATELIQUE (échange de timbres) :	•
ARTISTIQUE :	•
CULINAIRE :	•
LITTERAIRE :	•

Je vous donne le nom, adresse et N° de téléphone d'un proche

(Cette demande est faite uniquement par sécurité : hospitalisation etc. et sera connue du seul responsable des cordées. Elle ne sera utilisée qu'en cas de non-réponse ou de long silence de votre part). Elle est indispensable. Merci !

NOM Prénom

Adresse

Téléphone

J'AI CONNU LES CORDEES PAR :

A RENVoyer A