****

**Bulletin d'adhésion**

**Année 2018**

**Votre situation :**  Personne Physique  Personne Morale

**Votre identité :**

Nom ou Raison sociale : ..........................................................................................................................

Si Personne Morale, représentée par : Nom : ........................................................................................

 Fonction : .........................................................................................

Adresse : ................................................................................................................................................

Téléphone : ...................................... E-mail : ......................................................................................

**Votre Collège** *(choisir un seul collège)* :

* **Collège n°1**: Associations représentant **les personnes polyhandicapées ou leurs familles**
* **Collège n°2**: Associations et organismes à but non lucratif **gestionnaires d’Etablissements ou Services**

 accompagnant des personnes polyhandicapées, dans le secteur sanitaire ou médico-social

* **Collège n°3**: Personnes physiques ou morales **compétentes dans le domaine du polyhandicap**,

 participant à des activités de soins, d’accompagnement, de formation ou de recherche.

**Votre adhésion :** Je souhaite **adhérer pour l'année 2018** et verse la somme de :

* Personne morale (collèges 1,2 ou 3) : **100 €**
* Personne physique (collège 3) : **10 €**

*...ou* *Je souhaite juste* ***soutenir*** *l'association Ressources Polyhandicap et verse la somme de : .............. €*

**Votre règlement :**

*Par chèque, à l'ordre de :* **Association Ressources Polyhandicap Hauts-de-France**

*Par virement :* Crédit Mutuel Nord Europe : Banque : 15629 – Guichet : 02741 – Compte : 00030925301-50

 IBAN : FR76–1562-9027-4100-0309-2530-150 BIC : CNCIFR2A

Nous vous remercions de bien vouloir renvoyer ce bulletin, accompagné de la cotisation à

***Association Ressources Polyhandicap Hauts-de-France - 8 rue Claude Monet - 59237 Verlinghem***

 Fait à..............................................., le .......................................................

Signature *Précédée de la mention* *manuscrite "lu et approuvé"*