



<https://ressourcespolyhandicap.org/>

# Bulletin d'adhésion 2025

**Votre situation :**  Personne Physique  Personne Morale

**Votre identité :** Nom ou Raison sociale : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

Personne Morale représentée par (si plusieurs mails **souligner** la personne mandatée pour siéger) :

Nom ..... Fonction ..... E-mail ..... Tel .....

Nom ..... Fonction ..... E-mail ..... Tel .....

Nom ..... Fonction ..... E-mail ..... Tel .....

ESMS concerné(s) par le Polyhandicap : .....

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

Collège n°1 : Associations représentant  
les personnes polyhandicapées ou leurs familles

Collège n°2 : Associations ou organismes à but non lucratif  
gestionnaires d'Etablissements ou Service  
accompagnant des personnes polyhandicapées,  
dans le secteur sanitaire ou médico-social.

Collège n°3 : Personnes physiques  
compétentes dans le domaine du polyhandicap,  
participant à des actions de soins, d'accompagnement,  
formation ou recherche, aidants familiaux ou professionnels

Les associations possédant une double  
légitimité "usager" et "gestionnaire"  
choisissent le collègue qui correspond le  
mieux à leur engagement et à leur(s)  
représentant(s) mandaté(s).

Il est possible d'adhérer via une  
association et /ou via un ESMS;

Une personne physique peut adhérer à  
titre individuel même si elle fait partie  
d'une association. Mais elle ne sera pas  
alors représentante de celle-ci.

**Votre cotisation :** Je souhaite **adhérer pour l'année 2025** et verse la somme de :

Personne morale (collèges 1,2) gestionnaire d'ESMS : **150 €**

Personne morale (collèges 1,2) non gestionnaire d'ESMS : **100 €**

Personne physique (collège 3) : **10 €**

...et/ou  Je souhaite **soutenir** l'association Ressources Polyhandicap et verse **un don** de : ..... €

J'ai pris connaissance des statuts de l'ARP-Hdf [Lien pour télécharger le document](#)



**Votre règlement :**

En ligne (CB), sur **HelloAsso**, en utilisant ce [lien de connexion](#) , ou ce QRCode

Chèque, à : Association Ressources Polyhandicap Hauts-de-France

Virement : **Crédit Mutuel** : **IBAN FR76 1027 8027 4100 0309 2530 119** - **BIC CMCIFR2A**

Fait à .....

le .....

Signature :

Merci de bien vouloir renvoyer ce bulletin, accompagné de la cotisation à

**ARP-Hdf** (chez M. Sergeant) – **382 rue des Lilas - 62370 Audruicq**  
(adresse de correspondance du secrétariat associatif)

ou par mail : [arp.hdf@gmail.com](mailto:arp.hdf@gmail.com)