

Bulletin d'adhésion 2018

N° Adhérent: _____

Nouvel Adhérent

Nom (en capitales)Prénom.....

Adresse:

Ville: CP:

Tel dom: Mobile:

E-mail (lisible svp):@.....

Personne(s) implantée(s) :

Nom, prénom			
Date de naissance			
1 ou 2 implants			
Date(s) et centre(s) d'implantation			
Marque d'implant et processeur			
Classe fréquentée			
L'enfant Bénéficiaire de :	<input type="checkbox"/> Intégration totale <input type="checkbox"/> Intégration partielle (Clis,...) <input type="checkbox"/> Classe spécialisée	<input type="checkbox"/> Intégration totale <input type="checkbox"/> Intégration partielle (Clis,...) <input type="checkbox"/> Classe spécialisée	<input type="checkbox"/> Intégration totale <input type="checkbox"/> Intégration partielle (Clis,...) <input type="checkbox"/> Classe spécialisée

J'adhère à l'association Génération Cochlée pour l'année **2018**, et verse la somme de **30€ (impérativement avant le 28 février 2018, aucune relance ne sera faite et les retards entraîneront une majoration de 50%)**

⇒ par chèque à l'ordre de Génération Cochlée; chèque n° nom banque.....

⇒ par virement bancaire sur le compte CCP. IBAN: FR48 2004 1010 1240 5243 4K03339

Je fais un don à l'association d'un montant de _____ € (66% déductible des impôts* , un reçu vous sera adressé)

Je souhaite m'impliquer dans la vie de l'association: en tant qu'administrateur, pour des missions ponctuelles ou

autres aides:.....

Je ne souhaite pas que l'association communique mes coordonnées à d'autres parents pour échanges, témoignages, avis...

Je souhaite bénéficier des tarifs avantageux du "contrat collectif ALLIANZ" pour assurer le(s) implant(s) :

1. Je suis **nouvel** adhérent: je télécharge le bulletin « Assurance » sur le site www.generation-cochlee.fr

et l'envoi directement au Cabinet Maixant / Agent ALLIANZ- 32 rue de Liège, 64000 PAU

ou 2. Je suis **ancien** adhérent: le Cabinet Maixant m'envoie directement l'appel du 1^{er} semestre 2017

Merci de cocher la ou les case(s) souhaitée(s)

*Sous réserve de votre situation fiscale personnelle

Fait le: _____ à _____

Signature _____

Le présent formulaire et le règlement sont à adresser à:
Génération Cochlée – 97, boulevard Arago, 75014 Paris