

**Si vous souhaitez rejoindre notre mouvement**

**A retourner à l'APEI du Valenciennois : 2a Avenue des Sports – 59410 ANZIN**

**Nom et prénom de l'adhérent :** \_\_\_\_\_

Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Tel portable : \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous être informé des événements associatifs par SMS : ☐ Oui ☐ Non

Email : \_\_\_\_\_

☐ Vous adhérez à l'association depuis \_\_\_\_\_ ☐ Vous adhérez pour la 1ère fois

**Lien éventuel de l'adhérent avec la personne en situation de handicap :**

☐ Parents ☐ Frère/Sœur ☐ Tuteur ☐ Ami(e)

☐ Autre : \_\_\_\_\_

**A quel secteur territorial voulez-vous être rattaché :**

☐ Pays de Condé ☐ Amandinois ☐ Valenciennois

### La personne en situation de handicap

**Nom et prénom :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

Adresse (si différente de l'adhérent) : \_\_\_\_\_

Etablissement et/ou Service fréquenté de l'APEI : \_\_\_\_\_

Sur liste d'attente pour intégrer un établissement de l'APEI : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

	<b>Payer en 1 fois</b>	<b>Payer en 2 fois</b>	<b>Paielement</b>
Cotisation établissement : <i>votre proche est accueilli dans un des établissements ou services de l'APEIV</i>	70 € Le.....2025	35 € Le.....2025	Par
Cotisation hors centre : <i>votre proche n'est pas accueilli dans un des établissements ou services de l'APEIV ou vous êtes amis d'une personne en situation de handicap à l'APEI</i>	65 € Le.....2025	35,50 € Le.....2025	Par