

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR PARTICIPER AUX GROUPES DE PAROLE  
PAR VISIOCONFERENCE ZOOM**

Je suis MEMBRE de l'association régionale de : \_\_\_\_\_

Je souhaite DEVENIR MEMBRE de l'association régionale de\* : \_\_\_\_\_

*\*Nous transmettons votre demande à l'association régionale qui vous recontactera directement.*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ NPA/ Lieu : \_\_\_\_\_

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

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Personne touchée par une lésion cérébrale : \_\_\_\_\_

Proche d'une personne touchée par une lésion cérébrale : \_\_\_\_\_

(Les informations ci-dessous sont à remplir en référence à la personne touchée)

AI : \_\_\_\_\_ AVS : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Merci pour vos réponses. Nous prendrons contact avec vous dans les meilleurs délais.

L'équipe des associations régionales romandes de FRAGILE Suisse.