

## FORMULAIRE D'ADHESION

- Personne seule (CHF 50.-/an)  
 Couple (CHF 80.-/an)  
 Famille monoparentale (CHF 70.-/an)  
 Famille (CHF 100.-/an)

Type de membre \*

Membre actif

(patient, proche de patient, professionnel)

Membre sympathisant

(personne physique ou morale sensible à la mission de l'association, ne répondant pas à la définition de membre actif)

Titre \*

Madame     Monsieur

Prénom \*

Nom \*

Téléphone privé

Téléphone portable \*

E-mail \*

Rue \*

NPA \*

Localité \*

Date de naissance \*

/  /

Profession \*

Maladie rare \*

Non

Oui    si oui, laquelle / lesquelles \*

Suspicion de maladie rare

si oui, laquelle / lesquelles \*

inconnue

---

À remplir uniquement si vous adhérez en tant que couple ou famille

### Conjoint·e

Madame       Monsieur

Prénom \*

Nom \*

Téléphone portable

E-mail

Date de naissance \*

 /  / 

Profession \*

Maladie rare \*

Non

Oui      si oui, laquelle / lesquelles \*

Suspicion de maladie rare

si oui, laquelle / lesquelles \*

inconnue

---

À remplir uniquement si vous adhérez en tant que famille ou famille monoparentale

Nombre d'enfants (moins de 18 ans)

### Enfant 1

Prénom \*

Nom \*

Date de naissance (moins de 18 ans) \*

 /  /

## FORMULAIRE D'ADHESION

Maladie rare \*

Non

Oui si oui, laquelle / lesquelles \*

Suspicion de maladie rare

si oui, laquelle / lesquelles \*

inconnue

### Enfant 2

Prénom \*

Nom \*

Date de naissance (moins de 18 ans) \*

 /  / 

Maladie rare \*

Non

Oui si oui, laquelle / lesquelles \*

Suspicion de maladie rare

si oui, laquelle / lesquelles \*

inconnue

### Enfant 3

Prénom \*

Nom \*

Date de naissance (moins de 18 ans) \*

 /  / 

Maladie rare \*

Non

Oui si oui, laquelle / lesquelles \*

Suspicion de maladie rare

si oui, laquelle / lesquelles \*

inconnue

Je demande mon admission en tant que \*

Personne atteinte de maladie rare

Proche

Lien avec la personne concernée \*

Date de naissance de la personne concernée \*  /  /

Professionnel

Êtes-vous membre d'une autre association de patients ? \*

Non

Oui si oui, laquelle ? \*

Remarques

Je m'engage à respecter les statuts de MaRaVal dont j'ai pris connaissance.

Lieu et date

Signature