

## DONATEURS CONCERNÉS FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT

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

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 pour l'enregistrement 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 pour l'enregistrement 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) \*

 /  /

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

## DONATEURS CONCERNÉS FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT

Je demande mon enregistrement 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 organisation de patients ? \*

Non

Oui si oui, laquelle ? \*

Remarques

En signant ce formulaire, j'accepte de recevoir les informations de MaRaVal par courriel.

Lieu et date

Signature