**→ PluSport Behindertensport Schweiz**Chriesbaumstrasse 6 + 8604 Volketswil + T 044 908 45 00  
mailbox@plusport.ch + plusport.ch



**→ Demande d’adhésion pour membre individuel**

**La déclaration de protection des données de PluSport www.plusport.ch/protection-des-donnees s'applique.**

**Coordonnées personnelles**

Nom: Prénom:

(Nom de l’institution et de la personne de référence):

Adresse: NPA/domicile: ........................................................

Date de naissance:

Tél. privé: Tél. portable: Tél. foyer: .................................

.

Tel. prof.: Courriel: ..................................................................................................

**Genre de handicap**

Handicap de la vue:❑ cécité ❑ cécité partielle

Handicap de l‘ouïe:❑ surdité ❑ surdité partielle ❑ appareil acoustique

Handicap mental: ❑ léger ❑ moyen ❑ profond

❑ trisomie 21 ❑ handicap cognitif

Autisme: ❑ léger ❑ moyen ❑ profond

Handicap physique: ❑ IMC ❑ hémiplégie ❑ diplégie ❑ spasticité

❑ fauteuil roulant ❑ f. roulant électr. ❑ paraplégie ❑ tétraplégie

❑ paralysie ❑ polio ❑ spina bifida ❑

❑ amputation, où?..................................................................................

Handicap psychique**:** ❑ détails?

Autre handicap/

désignation précise:

**Maladies**

❑ asthme ❑ allergie ❑ épilepsie ❑ diabète

❑ aphasie ❑ troubles de perception ❑ maladie/lésion de cœur

Autres maladies: ..................................................................................................................................

**Remarques** .........................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

**Les soussignés confirment que toutes les données sont complètes et conformes à la vérité.**

Lieu/date: ................................................. Signature du demandeur: ................................................

Lieu/date: ................................................. Signature du représentant(e) légal(e): .............................