

PROPOSITION DE PARTENARIAT AVEC L'A.S.B.H. : être un point d'appui

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : |__||__||__||__||__| Portable : |__||__||__||__||__|

Adresse e-mail :

Profession exercée :

Centres d'intérêt, loisirs, passions :

.....

.....

Composition de la famille :

.....

.....

À quel titre êtes-vous concerné par le Spina Bifida ?

.....

Adulte Spina Bifida

Enfant Spina Bifida

Âge :

Sexe :

J'accepte bénévolement d'être point d'appui dans le réseau « Spina Bifida » de l'A.S.B.H. sachant que cet accord n'entraîne aucune obligation.

Date :

Signature :