

**Formulaire d’Adhésion**

NOM ………………………… PRÉNOM …………………….

Date de Naissance ………………………..

ADRESSE……………………………………………………………

CODE POSTAL ………… VILLE………………………………..

Tél. Domicile ………………… Tél. Portable ……………………….

Courriel ………………………………………………………………..

*- Acceptez-vous que ECA vous adresse ses communications (hors factures) par courriel?* OUI ☐ / NON ☐

*- Etes-vous titulaire d’une pension d’invalidité*

*au titre de l’article L 341-4 du Code de la Sécurité Sociale?* OUI ☐ / NON ☐

*- Sur quels types d’appareils pouvez-vous écouter des CD au format MP3? :*

…………………………………………………………………………

**Veuillez retourner ce formulaire à ECA Délégation des Auxiliaires des Aveugles, 71 avenue de Breteuil, 75015 Paris, en y joignant les documents suivants:**

** Photocopie de votre carte d’invalidité OU certificat médical délivré par un médecin ophtalmologiste, signalant que vous êtes empêché de lire après correction.**

** Chèque de cotisation de 40 euros à l’ordre d’ECA Délégation des Auxiliaires des Aveugles.**