

ASSOCIATION DES SCLERODERMIQUES DE FRANCE

Reconnue comme établissement d'Utilité Publique

QUESTIONNAIRE

(Strictement interne à l'ASF)

NOM :

NOM de jeune fille :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE EXACTE :

.....

CODE POSTAL : COMMUNE :

ADRESSE E-MAIL :

TELEPHONE : PORTABLE :

Etes-vous atteint (e) de sclérodémie ?

OUI Date du diagnostic :/...../.....

NON Y a-t-il une personne atteinte de sclérodémie parmi vos proches :

Comment avez-vous connu l'association ?

.....

.....

Souhaitez-vous entrer en contact avec des adhérent(e)s de l'ASF de votre région ?

Acceptez-vous que l'ASF communique vos coordonnées à d'autres adhérent(e)s ?

Souhaiteriez-vous participer à une activité au sein de l'ASF ? Si oui, laquelle ?

.....

Qu'attendez-vous de l'ASF ?

.....

.....

Date

Signature

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à l'adresse ci-dessous :



A adresser avec le bulletin d'adhésion à :

Claude GINOUX - 2 Boulevard Lafayette- 89000 AUXERRE - Tél. : 03 86 46 03 87