

## ADHERER A L'ALPC

C'est aussi partager ses valeurs :

L'intégration et l'autonomie  
Le plaisir de communiquer en français  
La solidarité et le partage entre familles

Et contribuer à bâtir une société où l'éducation et l'avenir  
des enfants sourds seront semblables à ceux de tous les enfants.

***L'ALPC s'est donné pour mission de lutter contre l'exclusion des sourds en leur rendant la langue française (orale et écrite) accessible, grâce à la Langue française Parlée Complétée (LfPC). Elle a besoin de votre adhésion pour atteindre ses objectifs :***

- Écouter, guider et soutenir les familles d'enfants sourds
- Former à la pratique de la LfPC les parents et les professionnels
- Organiser des stages, lieux de formation, d'échange et d'entraide
- Promouvoir la scolarisation en langue française
- Développer la recherche et diffuser les connaissances et les expériences sur la langue française parlée complétée

***L'adhésion pour l'année civile 2019 permet :***

- de participer aux différentes activités de formation proposées par l'ALPC
- d'acheter nos publications
- de bénéficier d'un tarif préférentiel d'accès aux journées d'action
- de recevoir nos bulletins d'information

*Les informations recueillies sur ce bordereau sont utilisées pour la gestion de nos adhérents. Elles font l'objet d'un traitement informatique interne et sont utilisées dans le cadre strict de l'activité de l'ALPC. 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, vous pouvez vous adresser à la direction de l'association : [htaguet@alpc.asso.fr](mailto:htaguet@alpc.asso.fr).*

## **BULLETIN D'ADHESION 2019**

### Établissements médico-sociaux (et Associations gestionnaires)

**NOM et Adresse (ou cachet) :**

.....  
.....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Tél. : ..... Email : .....@.....

**Email du service comptable :** .....@.....

**Personne chargée des relations avec l'ALPC:**

NOM : ..... Prénom.....

Titre ou fonction : .....

Ligne directe : ..... Boîte email directe : .....@.....

**Informations générales :**

---

◆ Vous êtes  Nouvel adhérent  Ancien adhérent : numéro : .....

◆ Type d'établissement : .....

◆ Nombre d'enfants sourds suivis : .....

◆ Tranches d'âges des enfants : .....

**Cotisation :**

---

◆ Cotisation établissement médico-social (et association gestionnaire) :  **150,- €**

◆ Cotisation de soutien :  .....€

Chèque, libellé à l'ordre de l'ALPC, numéro: ..... Banque : .....

**Date :**

**Nom :**

**Qualité :**

**Signature:**