

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 personnes sourdes et mal entendant 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 2021 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 notre gestion des adhérents. Elles font l'objet d'un traitement informatique interne et sont utilisées dans le cadre strict de l'activité de l'ALPC, le traitement d'informations à caractère personnel est effectué conformément au Règlement UE n°2016/679. 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 via l'e-mail : contact@alpc.asso.fr



BULLETIN D'ADHESION 2021

Établissements médico-sociaux (et Associations gestionnaires)

NOM et Adresse (ou cachet) :

.....
.....

Code postal : Ville :

Pays :

Tél. : E-mail :@.....

E-mail du service comptable :@.....

Personne chargée des relations avec l'ALPC:

NOM : Prénom.....

Titre ou fonction :

Ligne directe : Boîte e-mail 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 :
ou virement bancaire : **IBAN FR76 1820 6002 1965 0558 7974 090 BIC AGRIFRPP882**

Nom :

Qualité :

Date :

Signature: