

*Merci de compléter cette fiche et de la retourner à l'ASPIR*

**ETAT CIVIL :**

NOM :		Prénom :	
Adresse personnelle :			
Tel. fixe :		Portable :	
E-mail :			
Adresse professionnelle :			
Tel :		E-mail :	

**SITUATION PROFESSIONNELLE :**

Type d'exercice : salarié  libéral  mixte

Patients suivis : Tranches d'âges :

<input type="checkbox"/>	0 – 3 ans	<input type="checkbox"/>	3 – 6 ans	<input type="checkbox"/>	6 – 12 ans	<input type="checkbox"/>	12 – 18 ans
<input type="checkbox"/>	Adultes	<input type="checkbox"/>	Personnes âgées	<input type="checkbox"/>	Soins palliatifs		

Types de pathologies :

<input type="checkbox"/>	déficit sensoriel	<input type="checkbox"/>	déficit moteur	<input type="checkbox"/>	polyhandicap	<input type="checkbox"/>	troubles du comportement
<input type="checkbox"/>	troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>	sans pathologie	<input type="checkbox"/>	déficit intellectuel		autre : précisez :

Types de contrats et durée du temps de travail :

<input type="checkbox"/>	CDD	<input type="checkbox"/>	CDI	<input type="checkbox"/>	ETP	<input type="checkbox"/>	0.75 ETP
<input type="checkbox"/>	0.50 ETP	<input type="checkbox"/>	0.25 ETP	<input type="checkbox"/>	Vacation		

**ASPIR**

**4 rue des Argonautes  
97434 La saline Les Bains**



**ASPIR**

**4 rue des Argonautes  
97434 La Saline Les Bains**

**2016**

**Nom :**

**Prénom :**

(cadre réservé ASPIR)

Je soussigné(e) .....

Demeurant .....

adhère à l'association ASPIR pour l'année 2016

et verse la somme de .....

versement en chèque - en espèces

n° du chèque ..... banque .....

Signature de l'adhérent

N° adhérent :

N° adhérent :