

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION À INSOS

Nom de l'institution: _____

Adresse: _____

Direction (nom, prénom): _____

Téléphone: _____

Téléfax: _____

E-mail: _____

Nombre de places:

Ateliers (LIPPI):

Habitat et toutes autres formes
d'habitat collectif (LIPPI):

Centre de jour (LIPPI)

Mesures professionnelles (LAI):

Mesures de réinsertion (LAI):

Accompagnement à domicile
- Art. 74 (LAI):

Total:

Genre des handicaps (nombre):

Handicap physique:

Handicap psychique:

Handicap mental:

Handicap sensoriel:

Handicap lié à une dépendance:

Difficultés d'apprentissage:

Autres:

Total:

Nombre collaborateurs (sans rente Ai):

Postes en %:

Nous avons encore des succursales (voir annexe) à:

Date: _____ Signature: _____

Veillez joindre à cette demande d'adhésion les documents suivants:

Vos statuts/acte de fondation, rapport d'activités, comptes annuels, liste des membres du comité, finances, autorisation d'explorer / reconnaissance.

Envoyer à: INSOS Suisse, Zieglerstrasse 53, Case postale 1010, 3000 Berne 14