

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHÉSION À INSOS**Nom de l'institution:** _____**Adresse:** _____**Direction (nom, prénom):** _____**Téléphone:** _____**Téléfax:** _____**E-mail:** _____**Nombre de places:****Genre des handicaps (nombre):**Ateliers (LIPPI): Handicap physique: Habitat et toutes autres formes
d'habitat collectif (LIPPI): Handicap psychique: Centre de jour (LIPPI) Handicap mental: Mesures professionnelles (LAI): Handicap sensoriel: Mesures de réinsertion (LAI): Handicap lié à une dépendance: Accompagnement à domicile
- Art. 74 (LAI): Difficultés d'apprentissage: Cérébro-lésés: Autres: **Total:** _____**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