

## DEMANDE D'ADHESION

### Membre actif

Nom de l'association : .....

.....

Adresse postale : .....

.....

.....

Tél. : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Adresse du site Internet (le cas échéant) : .....

Nom et prénom du (ou de la) président(e) : .....

.....

Les organes de votre association sont-ils majoritairement constitués par des personnes directement concernées par la maladie ou par des proches ?

L'assemblée générale ..... OUI  NON

Le comité ..... OUI  NON

Votre association est-elle représentée ou membre d'associations, de fédérations ou de collectifs, en Suisse ou à l'étranger ? Lesquels ? .....

.....

.....

Qui sera le représentant de votre association à l'Alliance (si contact différent du président) ?

Nom et prénom : .....

Titre : .....

Adresse du (de la) représentant(e) pour envoi des courriers : .....

.....

.....

Tél. : ..... Portable : .....

E-mail : .....

Date de création de l'association : .....

Nombre membres : .....

But de l'association : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Nom de la maladie prise en compte par votre association (s'il s'agit de plusieurs maladies, merci de joindre une liste exhaustive) : .....

.....  
.....  
.....  
.....

Estimation du nombre de malades en Suisse pour la ou les maladie(s) dont s'occupe votre association :

.....

Votre association est-elle répertoriée dans Orphanet Suisse ([www.orphanet.ch](http://www.orphanet.ch)) ? OUI  NON

## **Veillez envoyer les documents suivants par mail à [contact@proraris.ch](mailto:contact@proraris.ch) :**

- ✓ Statuts
- ✓ composition du comité
- ✓ procès-verbal de la dernière assemblée générale,  
si existant
  - dernier comptes annuels
  - dernier rapport d'activité
  - document de présentation de l'association
  - dernier numéro de votre publication
  - liste des représentations régionales

## Commentaires

Merci d’avoir pris le temps de remplir ce dossier et d’y avoir joint les pièces annexes.

Avant de le retourner, si vous le souhaitez, n’hésitez pas à nous faire part de vos commentaires dans la case ci-dessous :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Comment avez-vous connu ProRaris ? .....

.....

.....

Je déclare avoir lu les [statuts](#) de ProRaris et m’engage à les respecter.

Lieu, date ..... Signature .....

*Veillez renvoyer le formulaire rempli au secrétariat de ProRaris:  
Chemin de la Riaz 11  
1418 Vuarrens  
contact@proraris.ch*

*Nous vous remercions de l’intérêt que vous portez à  
ProRaris --- Alliance Maladies Rares --- Suisse*