

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) ? OUI NON

Veillez envoyer les documents suivants par mail à 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

*Veuillez 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*