



# Association Française des Amblyopes Unilatéraux

## Bulletin d'adhésion

Réservé à l'AFAU

N° adh. \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

L'A.F.A.U., Association Française des Amblyopes Unilatéraux, association loi 1901 fondée en 1970, regroupe comme **membres actifs** toutes les personnes qui ne voient bien que d'un œil (**6/10 ou plus après correction, l'autre œil n'ayant que 4/10 ou moins**), quelque soit l'origine de cette amblyopie (congénitale, maladie ou accident).

Un **amblyope unilatéral mineur** doit obligatoirement être représenté par un adulte (parent, tuteur...). Cet adulte est membre actif même s'il n'est pas amblyope lui-même.

De plus, les personnes non amblyopes unilatérales qui veulent soutenir l'association adhèrent comme **membres associés**.

L'association assure la représentation et la défense des amblyopes unilatéraux, en particulier auprès des pouvoirs publics. Dans ce domaine, elle a déjà fait évoluer la réglementation pour certains concours ou examens. Elle est à la disposition de ses adhérents pour les renseigner, les conseiller, éventuellement les orienter dans leur vie scolaire ou professionnelle, en raison des difficultés qu'ils peuvent rencontrer du fait de leur état oculaire.

L'association a souscrit un contrat d'assurance de groupe auprès d'AXA qui permet aux membres actifs d'adhérer à un régime de prévoyance pour se prémunir matériellement contre les conséquences de maladies ou d'accident qui les priveraient de leur « bon œil ».

L'A.F.A.U. est en rapport constant avec les ophtalmologistes et **participe à la recherche en donnant une bourse** à un chercheur choisi, par le **Conseil scientifique de l'association**.

Je soussigné \_\_\_\_\_  
prénom et nom

date de naissance \_\_\_\_\_ lieu de naissance \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

code postal \_\_\_\_\_ ville \_\_\_\_\_

Tél fixe \_\_\_\_\_ mobile \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Demande mon adhésion à l'Association française des amblyopes unilatéraux

*rayez la mention inutile* **comme membre actif** **comme membre associé**  
et joins un chèque de 27 € à l'ordre de l'A.F.A.U.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Signature

**Si vous adhérez comme membre actif pour vous-même ou pour un mineur,  
Remplissez le verso du bulletin d'adhésion**

AFAU bull-adh 26.02.24

# Adhésion comme membre actif

je suis moi-même amblyope unilatéral

Mon acuité visuelle est : œil droit \_\_\_\_\_ / 10 - œil gauche \_\_\_\_\_ / 10

Rappel : cette acuité visuelle doit être de 6/10 ou plus après correction pour votre « bon œil » et de 4/10 ou moins pour l'autre

Origine de l'amblyopie  congénitale -  accident -  maladie -  autre

si autre précisez \_\_\_\_\_

je souhaite adhérer au régime de prévoyance et je joins ma demande d'adhésion à ce régime

je représente également un mineur amblyope unilatéral et je remplis le questionnaire ci-dessous

je ne suis pas amblyope unilatéral, mais je représente un mineur amblyope unilatéral et je remplis le questionnaire ci-dessous

## Renseignements sur le mineur que je représente

Prénom et nom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ lieu de naissance \_\_\_\_\_

Lien de parenté \_\_\_\_\_

Son acuité visuelle est : œil droit \_\_\_\_\_ / 10 - œil gauche \_\_\_\_\_ / 10

Rappel : cette acuité visuelle doit être de 6/10 ou plus après correction pour son « bon œil » et de 4/10 ou moins pour l'autre

Origine de l'amblyopie  congénitale -  accident -  maladie -  autre

si autre précisez \_\_\_\_\_

je souhaite adhérer au régime de prévoyance pour le mineur que je représente et je joins la demande d'adhésion à ce régime pour ce mineur

Si vous représentez plusieurs mineurs,

remplissez autant de versos du bulletin d'adhésion que de besoin