



DEMANDE D'ADHÉSION « INDIVIDUEL/ FAMILIAL »

S.V.P. Veuillez compléter et nous retourner le formulaire à l'adresse indiquée ci-dessous

Nom :		Prénom :	
Adresse :		Votre cotisation : Individuelle / Familiale : 25\$	
Ville :	Code postal :		
Province :	Téléphone #1 :	Téléphone #2 :	
Courriel :		Je désire faire un don de : 5\$ <input type="checkbox"/> 10\$ <input type="checkbox"/> 20\$ <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> Reçu de charité oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Pour nos statistiques, veuillez nous transmettre les renseignements sur votre famille :			
Nom du conjoint :			
Nom de l'enfant :	Dysphasique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Né(e) le : -----/---/---
Nom de l'enfant :	Dysphasique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Né(e) le : -----/---/---
Nom de l'enfant :	Dysphasique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Né(e) le : -----/---/---
Nom de l'enfant :	Dysphasique : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Né(e) le : -----/---/---

Libellez votre chèque ou mandat poste au nom de : Dysphasie Lanaudière

Postez à l'adresse indiquée :



 Dysphasie Lanaudière 2500, boulevard Mascouche, local 215 Mascouche (Québec) J7K 0H5	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>
---	---

À l'usage de l'administration :

Date reçue :	Date /chèque	Montant/chèque	Autres/don	Base-Access