



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

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