

**VOTRE SOUTIEN EST ESSENTIEL ET NÉCESSAIRE AFIN QUE LA CAUSE
DES PERSONNES DYSPHASIQUES SOIT ENTENDUE.**

En devenant membre c'est signifier votre soutien et intérêt pour la dysphasie.
Pour notre organisme de bienfaisance, cela contribue à fortifier nos actions pour
sensibiliser les différentes instances gouvernementales.
Plusieurs activités de l'Association sont exclusives aux membres, il est donc important de
renouveler votre adhésion ! Merci !



Association québécoise de la dysphasie

Région Montréal

55 St-Pierre, bur. 205, St-Constant (Qc) J5A 1B9

COUPON D'ADHÉSION 2015 – 2016

L'adhésion sera valide jusqu'au 31 mars 2016.

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Je désire renouveler mon adhésion | <input type="radio"/> Paiement par : Chèque ou mandat-poste |
| <input type="radio"/> Je désire devenir membre | <input type="radio"/> Paiement comptant (au bureau) |
| <input type="radio"/> Membre individuel et familial: 25 \$ | <input type="radio"/> Membre professionnel : 25 \$
(professionnel : _____) |
| <input type="radio"/> Membre corporatif : 50 \$ | |

Prénom et Nom : _____ No.de membre : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____ Nombre d'enfants : _____

Prénom(s) de(s) enfant(s) et date de naissance (indiquer d'un *, l'enfant dysphasique) : _____

Nom du père : _____ Nom de la mère : _____

- Je désire m'impliquer comme bénévole, lors des activités.
(Nous vous contacterons afin de définir, avec vous, la nature de votre implication)
- Je désire recevoir le journal par courriel
- Je désire recevoir le journal par la poste (frais de 5,00 \$ annuel)**
- J'autorise l'Association à prendre des photos des membres de ma famille lors des activités aux fins de communication.

Signature : _____

Veuillez retourner le tout à l'ordre de : **ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE LA DYSPHASIE**
Région Montréal
55, rue St- Pierre, bureau 205, Saint-Constant (Québec) J5A 1B9