



Demande d'adhésion

Année 201____ - 201____

Dysphasie-Estrie

Date		Signature	
Renseignements sur le membre			
Adhésion Parents Cotisation annuelle 25\$ individuelle ou familiale			
Adhésion individuelle			
Prénom, nom et qualité (mère ou lien avec l'enfant)		Profession	
Adhésion familiale (même adresse civique)			
Prénom, nom et qualité (père ou lien avec l'enfant)		Profession	
Autres			
Adulte dysphasique cotisation annuelle 25\$		Étudiant cotisation annuelle 20\$	
Prénom et nom	Profession	Prénom et nom	Domaine d'étude
Pour tous			
Adresse			
Ville	MRC	Code postal	
Téléphone		Téléphone (autre)	
Courriel (de façon lisible SVP)		Je préfère recevoir les envois par Poste _____ courrier électronique _____ Par souci écologique nous privilégions les envois par courrier électronique	

Pour les parents : identification des enfants

Prénom et nom	Date de naissance	Dysphasique?	Autre diagnostic	École et classe fréquentées

Si vous souhaitez ajouter un don au montant de la cotisation : Dysphasie-Estrie émettra, pour le montant du don, des reçus pour fins d'impôts. Montant du don : _____

Payé par

Chèque _____ à envoyer par la poste à : Dysphasie-Estrie, 600 rue Woodward bureau 200, Sherbrooke (QC) J1G 1W3

Paypal _____ sur le site www.dysphasieestrie.com

En espèces au bureau _____

Une confirmation d'adhésion vous sera adressée après confirmation du règlement de votre cotisation