

Formulaire d'adhésion 2015-2016

Père Beau-père Conjoint Famille d'accueil Mère Belle-mère Conjointe Famille d'accueil

Nom	Prénom	Nom	Prénom
Année de naissance		Année de naissance	
Profession	Employeur	Profession	Employeur

Adresse principale

App	Adresse		
Ville			Code postal
Téléphone résidence	Courriel		

Informations additionnelles

Recevez-vous des services d'un centre de réadaptation ? Oui Non Si non, en attente depuis _____
Si oui, lequel ? CRDITED-ME SRSOR

1^{er} Enfant en difficulté

Nom	Prénom
Diagnostic	Naissance (j-m-a) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Diagnostic posé par :	ou <input type="checkbox"/> En attente d'un diagnostic depuis _____
École fréquentée	

2^e Enfant en difficulté

Nom	Prénom
Diagnostic	Naissance (j-m-a) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Diagnostic posé par :	ou <input type="checkbox"/> En attente d'un diagnostic depuis _____
École fréquentée	

3^e Enfant en difficulté

Nom	Prénom
Diagnostic	Naissance (j-m-a) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Diagnostic posé par :	ou <input type="checkbox"/> En attente d'un diagnostic depuis _____
École fréquentée	

Cotisation

Adhésion annuelle (1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2016)	Don <input type="checkbox"/> Montant :
<input type="checkbox"/> Membre individuel 15 \$	SVP, veuillez libeller le chèque à l'ordre d' Autisme Montérégie Reçu émis pour des dons de plus de 20\$
<input type="checkbox"/> Intervenante(e) 40 \$	



755, boul. Ste-Foy, Suite 210, Longueuil QC J4J 1Z4
Téléphone : 450 646-2742 Télécopieur : 450 646-4633 Sans frais : 1 888 424-1212
administration@autismemonteregie.org www.autismemonteregie.org

Réservé à l'administration
GIDA
WEB