

## Formulaire d'adhésion

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Quartier : \_\_\_\_\_  
Tél. : Maison : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Bureau : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Télécopieur : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
No. STL : \_\_\_\_\_

Je suis un(e) :

Personne vivant avec une déficience  
Demeurez-vous en résidence ?

Oui  Non

Nom du responsable

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse si différente : \_\_\_\_\_

Demeurez-vous chez vos parents ?

Oui  Non

**OU** (une seule case s.v.p.)

*Veillez svp inscrire plus bas le nom de la  
personne qui vit avec une déficience  
intellectuelle.*

- Parent(e)  
 Organismes  
 Ami(e)  
 Autre

Personne déficiente : _____	\$
Parent : _____	\$
Résidence : _____	\$
Organisme : _____	\$

**Montant TOTAL** : \_\_\_\_\_ \$

Don : \_\_\_\_\_ \$

(Reçu de charité sur demande)

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### Privilèges d'être membre

- ✓ Réception d'informations sur les activités et services, conférences
- ✓ Service de support et d'accompagnement
- ✓ Sorties & événements spéciaux à coût réduit

### MONTANT DE L'ADHÉSION

Personne avec une déficience	10,00\$
Membres de la famille élargie	20,00\$
Responsable de résidences	25,00\$
Organismes, partenaires et associés	50,00\$

### \*Nouveauté\*

Seuls les usagers utilisant nos services doivent être membre de l'ALEDIA. Les responsables des ressources et les parents ne sont plus obligés d'être membre. Par conséquent, l'information sera envoyée seulement aux membres.