

- Nouveau membre
- Renouvellement __1^{er} avril 2024 au 31 mars 2025__
- Mise à jour au dossier en date du _____

Formulaire d'adhésion

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Quartier : _____

Tél Maison : (_____) _____ - _____

Bureau : (_____) _____ - _____

Télécopieur : (_____) _____ - _____

Courriel : _____

Date de naissance : _____

No. STL : _____

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

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

Don : _____ \$

(Reçu de charité sur demande)

Signature : _____

Date : _____

NOMCOMPLET : _____

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 20,00\$

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