



Association lavalloise pour la déficience intellectuelle & le trouble du spectre de l'autisme

No de membre _____*

Référence : _____*

* À compléter par l'organisme

Nouveau membre

Mise à jour au dossier en date du _____

Formulaire d'adhésion

Période de référence est du 1er avril au 31 mars

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Quartier : _____

Tél Maison : (_____) _____ - _____

Bureau : (_____) _____ - _____

Cell : (_____) _____ - _____

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.)

Montant des frais d'étude de dossier et de possibilité d'adhésion

Membre participant : 20,00\$

Membre autre : 100,00\$

Membre corporatif : 150,00\$

Montant TOTAL : _____ \$

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

Parent(e)

Organismes

Ami(e)

Autre

Nom de l'utilisateur : _____

Motivation pour devenir membre :

.....
.....
.....
.....
.....

Don : _____ \$

(Reçu de charité sur demande pour 25\$ et plus)

Signature : _____

Date : _____

Veillez noter que nous vous informerons de l'admission finale comme membre de l'ALEDIA après l'approbation du conseil d'administration. En cas de refus, il n'y aura aucun remboursement des frais d'étude de dossier. (Condition selon les règlements généraux de l'ALEDIA)