

TYPE DE MEMBRE

PERSONNE HANDICAPÉ(E) ORGANISME _____
SYMPATHISANT PARENT OU REPRÉSENTANT DE

(NOM DE LA PERSONNE HANDICAPÉE ET SA DATE DE NAISSANCE)

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(selon le ***TYPE DE MEMBRE*** coché ci-haut)

NOM : _____

ADRESSE : _____
No, rue ville code postal

TÉLÉPHONE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____
jour / mois / année

CURATELLE OUI NO DE DOSSIER : _____
NON

CARTE INDIVIDUELLE ***CARTE FAMILIALE***

AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE NATURELLE QUI HABITENT SOUS LE MÊME TOIT
QUE LA PERSONNE LIMITÉE (CARTE FAMILIALE)

OCCUPATION DE LA PERSONNE LIMITÉE

ÉTUDIANT TRAVAIL À LA MAISON AUTRE

DÉSIREZ-VOUS RECEVOIR LE JOURNAL CAP D'ESPOIR ? OUI NON

PAR COURRIER PAR COURRIEL
ADRESSE COURRIEL _____

Veillez compléter et retourner le formulaire accompagné d'un chèque fait à l'ordre de : **A.P.H.B.**

Coût de la carte de membre

Individuelle 10.00\$
Famíliale 15.00\$

Postez le tout à :

*Association des personnes
Handicapées de Bellechasse
355, rue Saint-Jean
Honfleur (Québec)
G0R 1N0*



POUR LES
PERSONNES AYANT
UNE LIMITATION

INTELLECTUELLE
PHYSIQUE ET
SENSORIELLE

FEUILLET D'ADHÉSION

355, rue Saint-Jean
Honfleur (Québec)
G0R 1N0
Téléphone : 418-982-3328
Télécopieur : 418-982-1010
Courriel : aphb@videotron.ca
Site web : www.aphbellechasse.org