

TYPE DE MEMBRE

MEMBRE RÉGULIER

Personne handicapée

Parent ou représentant de

(Nom de la personne handicapée et sa date de naissance)

MEMBRE ASSOCIÉ

Organisme

Municipalité

Sympathisant

RENSEIGNEMENTS

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

NOM: _____

ADRESSE : _____
No, rue ville code postal

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

COURRIEL:: _____

DÉSIREZ-VOUS RECEVOIR L'INFOLETTRE ? OUI NON

PAR COURRIER PAR COURRIEL

CARTE INDIVIDUELLE **CARTE FAMILIALE** **MEMBRE ASSOCIÉ**

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

Autorisations valides pour 1 an

- J'autorise l'APHB à m'envoyer une carte par la poste pour mon anniversaire
- J'autorise L'APHB à publier une photo de moi sur Facebook pour accompagner les vœux d'anniversaires qui me sont dédiés

Signature _____

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

<i>Individuelle</i>	10.00\$
<i>Famíliale</i>	15.00\$
<i>Membre associé</i>	25.00\$

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