

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 LE JOURNAL CAP D'ESPOIR ? OUI NON

PAR COURRIER PAR COURRIEL

CARTE INDIVIDUELLE CARTE FAMILIALE MEMBRE ASSOCIÉ

Curatelle Oui Non No de dossier : _____

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

OCCUPATION DE LA PERSONNE MEMBRE RÉGULIER

ÉTUDIANT TRAVAIL À LA MAISON AUTRE

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