



# Formulaire d'adhésion ou de renouvellement

A noter que l'adhésion est valide pour une année à compter de la date de paiement

**Prenez note que pour être admis aux activités de loisirs et de répits, vous devez être :  
membre en règle et nous avoir fait parvenir au préalable une copie du diagnostic de votre enfant.**

## Pour devenir membre :

Compléter votre formulaire d'adhésion (**partie détachable**) et nous le retourner accompagné de votre chèque établi au nom de la S.A.R.Laurentides à l'adresse suivante :

474, rue Laviolette  
Saint-Jérôme, Québec J7Y 2T7  
Tel : 450.569.1794 Télécopieur: 450.569.6022  
Site web: [www.autismelaurentides.org](http://www.autismelaurentides.org)

✂----- ✂----- ✂----- ✂----- ✂-----

## **S.V.P : Bien compléter votre formulaire d'adhésion**

### Devenir membre : 2016-2017

Nouvelle adhésion / ou  Renouvellement d'adhésion

|   |  |                     |               |
|---|--|---------------------|---------------|
| Nom :   |  | Prénom :            |               |
| Organisme :   |  |                     |               |
| Adresse :   |  |                     |               |
| Ville :   |  | Prov. :             | Code postal : |
| Téléphone résidence :   |  | Téléphone travail : |               |
| COURRIEL :  |  |                     |               |
| Nom de l'enfant TSA :   |  |                     |               |
| Date de naissance de l'enfant : Année _____ Mois _____ Jour _____ |  |                     |               |

### **COTISATION**

Parent : 30\$   
Professionnel : 50\$   
Étudiant : 10\$   
Corporatif : 100\$

### **Je désire recevoir la documentation par la poste :**

Envoi postal 5\$

Je désire faire un don : \_\_\_\_\_ \$

Je désire offrir mon aide-bénévole

**TOTAL :** \_\_\_\_\_ \$

A l'usage du bureau seulement

|  |  |
|--|--|
| REÇU LE : _____  | <input type="checkbox"/> Fiche de renseignements confidentiels |
| PAYÉ : <input type="checkbox"/> CHÈQUE <input type="checkbox"/> COMPTANT | <input type="checkbox"/> Consentement informé                  |
| <input type="checkbox"/> AVEC INSCRIPTION ACT. DE LOISIRS                | <input type="checkbox"/> Autorisation CRDI/CLSC                |
| DIAGNOSTIC : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   | <input type="checkbox"/> Photo                                 |
| INITIAL : _____  | <input type="checkbox"/> Kit de départ                         |
|  | <input type="checkbox"/> Courriel                              |