

JE DÉSIRE DEVENIR MEMBRE DE

## L'ASSOCIATION DYSPHASIE +

ABONNEMENT

RENOUVELLEMENT

NOM :

\_\_\_\_\_

PRÉNOM :

\_\_\_\_\_

ADRESSE :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : (    ) \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

Aimeriez-vous que votre enfant reçoive une  
carte d'anniversaire?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui : Nom de l'enfant dysphasique :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_



**MEMBRE « RÉGULIER » (25\$)**  
Individuel ou pour un couple de parents.  
Sont admissibles toute personne atteinte  
(18 ans et +), les parents d'une personne  
atteinte, l'entourage, ou toute personne  
intéressée à promouvoir les objectifs de  
l'Association.

**MEMBRE « FAMILIAL » (35\$)**  
Comprend un couple **plus** un autre  
membre de la famille de leur choix  
(frère, sœur, grand-père, grand-mère,  
etc.)

Nom autre membre de la famille (18 ans et +)

\_\_\_\_\_

Adresse : (si autre)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : (    ) \_\_\_\_\_

**MEMBRE « PROFESSIONNEL » (25\$)**  
(enseignant, orthophoniste, travailleur  
social, etc.)

Spécifiez votre profession :

\_\_\_\_\_

**MEMBRE « CORPORATIF » (75\$)**  
Toute institution ou corporation  
intéressée à appuyer l'Association, et qui  
manifeste un intérêt particulier, peut  
déléguer un ou des membres (*maximum  
5 représentants admis*) qui la  
représentera lors d'évènements  
spéciaux.

S.V.P., joindre un chèque libellé au nom de :

**ASSOCIATION DYSPHASIE+**

3350 boul. Dagenais Ouest, Laval, QC , H7P 1V6