



3350, boul. Dagenais O.,

Laval (Fabreville), Qc

H7P 1V6

☎ : (450) 937-3670

Sans frais : 1-855-937-3670

Courriel : [info@dysphasieplus.com](mailto:info@dysphasieplus.com)

Site Internet : [www.dysphasieplus.com](http://www.dysphasieplus.com)

Laval, jeudi le 8 mars 2018

## RENOUVELLEMENT CARTE DE MEMBRE

Bonjour à vous,

Votre abonnement de l'année 2017-2018 prend fin le 31 mars 2018. Si vous désirez continuer à faire partie de nos membres, veuillez imprimer ce bon ci-dessous et nous faire parvenir un cheque libellé au nom de Dysphasie + d'ici le 1<sup>er</sup> mai.

Votre adhésion 2018-2019 (1<sup>er</sup> avril 2018 au 31 mars 2019) vous permettra de recevoir diverses communications qui vous tiendront au courant de nos différentes activités, conférences gratuites, etc., en plus de vous informer sur la dysphasie, les troubles du langage et traitement auditif.

Il est à noter, lors de votre paiement, un reçu vous sera remis et sera considéré comme votre carte membre.

**« Votre adhésion est un geste de solidarité très important pour nous ! »**

Vous trouverez, ci-dessous, le formulaire à compléter et à nous retourner le plus tôt possible.

Bien à vous,

Marie-Andrée Tessier, directrice

<b>JE DÉSIRE DEVENIR MEMBRE DE</b>	
<b>L'ASSOCIATION DYSPHASIE +</b>	
<input type="checkbox"/> <b>ABONNEMENT</b>	<input type="checkbox"/> <b>RENOUVELLEMENT</b>
<b>NOM :</b> _____	
<b>PRÉNOM :</b> _____	
<b>NOM ET PRÉNOM DU CONJOINT (E):</b> _____	
<b>Adresse :</b> _____ _____	
<b>Code postal :</b> _____	
<b>Téléphone :</b> (    ) _____	
<b>Téléphone :</b> (    ) _____	
<b>Cellulaire :</b> (    ) _____	
<b>Courriel :</b> _____	
<b>Courriel :</b> _____	

<input type="checkbox"/> <b>MEMBRE « RÉGULIER » (30 \$)</b> : 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.
<input type="checkbox"/> <b>MEMBRE « FAMILIAL » (45 \$)</b> Comprend un couple <b>plus</b> 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) _____ _____ <b>Tél.:</b> _____
<input type="checkbox"/> <b>MEMBRE « PROFESSIONNEL » (30 \$)</b> (enseignant, orthophoniste, travailleur social, etc.) Spécifiez votre profession : _____
<input type="checkbox"/> <b>MEMBRE « CORPORATIF » (75 \$)</b> Toute institution ou corporation intéressée à appuyer l'Association, et qui manifeste un intérêt particulier, peut déléguer un ou des membres ( <i>maximum 5 représentants admis</i> ) qui la représentera lors d'événements spéciaux. <b>S.V.P., joindre un chèque libellé au nom de :</b> <b>ASSOCIATION DYSPHASIE +</b> 3350, BOUL. DAGENAI O., FABREVILLE-LAVAL, QC H7P 1V6