



Numéro de membre : _____

Nom du parent 1 :	Adresse :
Prénom du parent 1 :	Ville :
Nom parent 2 :	Province :
Prénom parent 2 :	Code postal :
Téléphone maison :	Courriel 1 :
Cellulaire ou travail :	Courriel 2 :

Nom de l'enfant 1 :	Nom de l'enfant 2 :
Sexe :	Sexe :
Date de naissance :	Date de naissance :
Trouble :	Trouble :
Nom de l'enfant 3 :	Nom de l'enfant 4 :
Sexe :	Sexe :
Date de naissance :	Date de naissance :
Trouble :	Trouble :

P.S. Veuillez inscrire les enfants supplémentaires au verso de cette feuille

Cotisation annuelle : Familiale 25\$ Professionnelle 25\$
 Individuelle 25 \$ Corporative 50 \$(CIUSS, école...)

Faites votre paiement :

Par chèque au nom de l'Association québécoise de la dysphasie
et l'envoyer à l'adresse suivante: C.P. 120 Place Centre-Ville, Jonquière (Québec), G7X 7V8.
ou

Par virement bancaire à dysphasie.sag-lac@hotmail.com -
Question: adhésion, Réponse: membre

Demande de prise et de diffusion de photographie et/ou d'image

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant, j'autorise :

- La prise d'une ou de plusieurs photographies et/ou d'images (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le présentant. OUI NON
- La diffusion et la publication d'une ou de plusieurs photographies et/ou d'images le présentant. OUI NON

Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets à la présente date.

Signature de l'autorité parentale

Date

Pour vos commentaires, suggestions d'activités ou autres, veuillez écrire au verso de cette feuille, merci.