

FORMULAIRE D'ADHÉSION

1^{er} septembre 2014 au 31 août 2015

Nouveau membre

Renouvellement d'adhésion

Nom et prénom : _____

Conjoint(e) : _____

Adresse: _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone résidentiel : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____

Veillez prendre note que nous privilégions la transmission d'informations par communication électronique. Toutefois, si vous ne possédez pas d'adresse informatique, nous vous l'acheminerons par la poste. Merci de votre compréhension.

Nom de l'enfant ou des enfants ayant un TSA	Diagnostic	Date de naissance	École fréquentée et/ou autres services reçus

Nom des frères et sœurs	Date de naissance

Cotisation :

- Parent/famille (un ou des enfants TSA) : 25.00\$
- Membre participant (centre de jour) : 25.00\$
- Individu (seul, tante ou grands-parents, etc.) : 35.00\$
- Professionnel (enseignant, intervenant, etc.) : 50.00\$
- Membre corporatif (école, garderie, etc.) : 100.00 \$

S'il vous plait mentionner de quel milieu ou établissement : _____

***** Si votre établissement comprend plusieurs points de services, chaque point de service doit payer sa cotisation. *****

Don supplémentaire

Comme organisme charitable, la Société de l'autisme est autorisée à accepter les dons contre lesquels elle émet des reçus. Nous remercions très chaleureusement nos donateurs.

Nous ajoutons un don à la Société de l'Autisme au montant de _____ \$

**S.V.P poster avec votre paiement à : SARL, 144 rue St-Joseph,
Joliette, QC, J6E 5C4**