ÉPILEPSIE OUTAOUAIS

115, boul. Sacré-Cœur, bureau 109,Hull (Québec) J8X 1C5
Tel. (819) 595-3331,Téléc. : (819) 771-3286

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Le montant de la cotisation annuelle pour une personne est de $5 ou $10 pour une adhésion familiale. Les membres doivent renouveler leur carte de membre en mars de chaque année. Ce montant est non remboursable.

Date: _____/_____/_____/ *(un organisme subventionné par Centraide)*
a m j

RÉPONDRE PAR *OUI* OU *NON* AUX QUESTIONS SUIVANTES:

Nouveau membre?:_____

Renouvellement?: _____ Épileptique?:_____

Désirez-vous qu'apparaisse la mention *épileptique* sur votre carte?_____

Désirez-vous que les informations de ce formulaire demeurent confidentielles?_____

NOM:	DATE DE NAISSANCE : a m j / /
ADRESSE:	TÉLÉPHONE: (résidence)
CODE POSTAL:	TÉLÉPHONE: (travail)
NOM DU CONJOINT :	

SI C'EST POUR UN ENFANT:	NOM DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif)
NOM DU PÈRE:	MÉDICAMENT(S) PRESCRIT(S) (facultatif)
NOM DE LA MÈRE :	

Date de naissance des autres membres de la famille (pour notre bulletin "Au Courant" seulement.)
Il n'est pas nécessaire d'indiquer l'année.

NOM	MOIS	JOUR