

Formulaire d'adhésion

Nom de la personne ou de l'organisme : _____

Nom de la personne TSA : _____

Date de naissance : _____

Diagnostic : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Tél. (domicile) : _____

Tél. (travail) : _____

*Courriel : _____

*pour recevoir la documentation

Tarif (année 2017-2018) :

Parents et adultes TED = 20 \$

Intervenants et amis = 25 \$

Membres corporatifs = 35 \$

Don de \$

Nous donnons des reçus fédéraux pour dons de charité.

Faire parvenir à l'adresse postale suivante :



Action Autisme et TED
Haute-Côte-Nord
Manicouagan
C.P. 6143
Baie-Comeau Qc G5C 0B7
418-296-2857

Un gros merci !

Votre adhésion fait toute la différence