

# 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