

Demande d'adhésion

Noms des parents ou tuteurs : _____

Nom de la personne TSA : _____

Date de naissance : _____

Diagnostic : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. (domicile) : _____ Tél. (travail) : _____

*Courriel : _____

Tarif (année 2020-2021) : Parents et adultes TED = 20 \$

Don de \$ Nous donnons des reçus fédéraux pour dons de charité sur demande.

Le renouvellement se fera à chaque année par le paiement de votre cotisation selon le tarif en vigueur.

Signature : _____ date : _____

Faire parvenir à l'adresse suivante :



**Action Autisme
Haute-Côte-Nord
Manicouagan**
317b boul. Lasalle
Baie-Comeau Qc G4Z 2L5
418-296-2857

Un gros merci !

Votre adhésion fait toute la différence