



ASSOCIATION DE SPINA-BIFIDA ET D'HYDROCÉPHALIE DU QUÉBEC

542-3333, ch. Queen-Mary, Montréal (Québec) H3V 1A2
Tél: (514) 340-9019 ou numéro sans frais 1 800 567-1788, Fax: (514) 340-9109
Adresse électronique : info@spina.qc.ca
Site Internet : <http://www.spina.qc.ca>



ASSOCIATION DE SPINA-BIFIDA ET D'HYDROCÉPHALIE RÉGION DE MONTRÉAL

14115, Prince-Arthur, bureau 425 Pointe-aux-Trembles (Québec) H1A 1A8
Tél: (514) 739-5515, Fax: (514) 739-5505
Adresse électronique : asbhrm@mainbourg.org

Formulaire d'Adhésion conjointe

Nouveau membre
Renouvellement

A. MEMBRE ACTIF

Personne adulte ayant le spina-bifida et/ou l'hydrocéphalie *autre (spécifiez) _____

Parent soeur/frère conjoint(e) fils/fille _____

Nom : _____ Prénom : _____

Si différent, nom de la personne ayant le spina-bifida et/ou l'hydrocéphalie : _____

Date de naissance (J/M/A) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : (____) _____ Télécopieur : (____) _____ adresse électronique : _____

Langue de correspondance : français anglais

Cotisation annuelle de 20\$

B. MEMBRE DE SOUTIEN (Tout organisme ou personne intéressée par la problématique du spina-bifida et/ou de l'hydrocéphalie)

Membre de soutien-Organisme 75 \$ **Membre de soutien-Individu 40 \$** **Membre de soutien-Patron 500 \$**

* Un membre de soutien – Patron supporte l'organisme en devenant "membre à vie" et en déboursant ses cotisations en un seul versement.

Nom : _____ Prénom : _____ Titre ou profession : _____

Organisme (si applicable) : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Téléphone : (____) _____ Télécopieur : (____) _____ adresse électronique : _____

Langue de correspondance : français anglais **Un reçu pour fin d'impôts sera délivré à tout membre de soutien**

C. ADHÉSION CONJOINTE

Association de spina-bifida et d'hydrocéphalie du Québec , Association de spina-bifida et d'hydrocéphalie Région de Montréal et Association des Paraplégiques du Québec **40\$**

Mode de paiement

Le montant de ma cotisation est de _____ \$ je désire également faire un don de _____ \$ TOTAL _____ \$

Paiement comptant Par chèque (émis à l'ordre de l'ASBHQ) VISA

No de carte : _____ Date d'expiration (J/M/A) : _____

Signature : _____ Date (J/M/A) : _____

Un reçu pour fin d'impôt vous sera acheminé pour tout don de 10.00 \$ et plus.

SVP faire parvenir votre formulaire dûment complété à : **ASBH du QUÉBEC**,
542-3333, ch. Queen-Mary, Montréal (Québec) H3V 1A2.

**Ce questionnaire s'adresse tant à l'adulte ayant le spina-bifida
qu'aux parents d'enfant ayant le spina-bifida.**

**Dans le but de connaître vos besoins et d'améliorer nos services, nous vous demandons de
prendre quelques instants pour répondre à notre questionnaire.**

Ces renseignements sont confidentiels. Soyez assurés de notre discrétion.

Quel type de spina-bifida avez-vous ?

Myéломéningocèle

Méningocèle

Occulta

Vous ne savez pas

Autre, spécifiez: _____

Avec hydrocéphalie

Hydrocéphalie seulement

Vous vous déplacez : en fauteuil roulant avec béquilles, cannes ou autres avec orthèses orthopédiques

sans aucune aide ou support technique à l'aide d'un fauteuil roulant pour parcourir de longue distance

Quelles sont les sphères d'activités qui vous intéressent?

Recherche

Prévention

Santé physique spécifiez: _____

Bien-être psychologique et émotif

Éducation préscolaire élémentaire secondaire CEGEP universitaire

Méthodes d'apprentissage Bourses d'étude

Travail Loisirs Programmes gouvernementaux

Échanger avec des gens des expériences semblables aux vôtres

Autres spécifiez _____

Commentaires :

Merci!