



**Numéro de membre :** \_\_\_\_\_

<b>Nom du parent 1 :</b>	<b>Adresse :</b>
<b>Prénom du parent 1 :</b>	<b>Ville :</b>
<b>Nom parent 2 :</b>	<b>Province :</b>
<b>Prénom parent 2 :</b>	<b>Code postal :</b>
<b>Téléphone maison :</b>	<b>Courriel 1 :</b>
<b>Cellulaire ou travail :</b>	<b>Courriel 2 :</b>

<b>Nom de l'enfant 1 :</b>	<b>Nom de l'enfant 2 :</b>
<b>Sexe :</b>	<b>Sexe :</b>
<b>Date de naissance :</b>	<b>Date de naissance :</b>
<b>Trouble :</b>	<b>Trouble :</b>
<b>Nom de l'enfant 3 :</b>	<b>Nom de l'enfant 4 :</b>
<b>Sexe :</b>	<b>Sexe :</b>
<b>Date de naissance :</b>	<b>Date de naissance :</b>
<b>Trouble :</b>	<b>Trouble :</b>

*P.S. Veuillez inscrire les enfants supplémentaires au verso de cette feuille*

**Cotisation annuelle :**

Familiale 25\$                       Professionnelle 25\$  
 Individuelle 25 \$                       Corporative 50 \$(CIUSS, école...)

**Faites votre paiement :**

Par chèque au nom de l'Association québécoise de la dysphasie du Saguenay Lac-St-Jean et l'envoyé à l'adresse suivante: C.P. 120 Place Centre-Ville, Jonquière (Québec), G7X 7V8.

ou

Par virement bancaire à [dysphasie.sag-lac@hotmail.com](mailto:dysphasie.sag-lac@hotmail.com) -

Question: adhésion, Réponse: membre

**Demande de prise et de diffusion de photographie et/ou d'image**

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant, j'autorise :

- La prise d'une ou de plusieurs photographies et/ou d'images (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le présentant.       OUI       NON
- La diffusion et la publication d'une ou de plusieurs photographies et/ou d'images le présentant.       OUI       NON

**Je déclare que ces renseignements sont exacts et complets à la présente date.**

\_\_\_\_\_  
Signature de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date

*Pour vos commentaires, suggestions d'activités ou autres, veuillez écrire au verso de cette feuille, merci.*