



## FORMULAIRE D'ADHÉSION ET DE RENOUVELLEMENT (Veuillez compléter et imprimer le formulaire)

Veuillez cocher la case qui s'applique à votre situation :

Nouvelle adhésion

Renouvellement d'adhésion

### IDENTIFICATION DU MEMBRE

Prénom : Nom :

Prénom : Nom :

Nom de l'organisme (S'il y a lieu) :

Fonction du représentant (S'il y a lieu) :

### ADRESSE

Numéro : Rue : Appt./bur. :

Ville : Province : Code postal :

Courriel 1 :

Courriel 2:

Téléphone résidence :

Téléphone bureau : (mère) (père)

---

*Pour les nouveaux membres actifs, veuillez remplir la section des renseignements sur l'enfant et la famille.*

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT AYANT UNE DÉFICIENCE VISUELLE

Prénom : Nom :

Date de naissance (JJ-MM-AA) :

Information sur la ou les pathologie(s) ou déficience(s) :

Nombre d'enfants dans la famille ?

Âges des frères et sœurs ?

## CATÉGORIES DE MEMBRES (VEUILLEZ CHOISIR LA CATÉGORIE ET COCHER SELON VOTRE SITUATION)

La cotisation annuelle couvre la période du 1<sup>er</sup> avril d'une année au 31 mars de l'année suivante.

### Membres actifs :

10 \$ pour un parent

20 \$ pour deux parents

### Membres de soutien :

25 \$ par personne

50 \$ pour un couple

### Organismes membres :

30 \$ par organisme

## INFORMATION SUR LE PAIEMENT

Je désire également faire un don au montant de : \$  
(Un reçu officiel d'impôt sera émis pour les dons)

### PAIEMENT PAR CHÈQUE

J'inclus un chèque au montant de : \$ (Veuillez libeller votre chèque au nom de l'AQPEHV)

### PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

Émetteur de la carte de crédit (Veuillez cocher) :

Visa

Mastercard

Veillez fournir les renseignements suivants :

Nom du détenteur :

Numéro de la carte :

Date d'expiration (MM-AA) :

Code de vérification à 3 chiffres :

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU DÉTENTEUR

\_\_\_\_\_  
NOM EN LETTRES MOULÉES

\_\_\_\_\_  
DATE

Envoi par courrier, veuillez adresser l'enveloppe à l'adresse suivante :

**AQPEHV**  
**10, boul. Churchill, bureau 203**  
**Greenfield Park (Québec) J4V 2L7**