

### IDENTIFICATION DU MEMBRE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom du parent : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

(si l'enfant est âgé de moins de 18 ans)

Sexe :  Féminin  Masculin

Date de naissance (j/m/a) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : Résidence \_\_\_\_\_  
Travail \_\_\_\_\_  
Autre \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Occupation :  Étudiant  
 Travailleur, type d'emploi : \_\_\_\_\_  
 Autre : \_\_\_\_\_

Langue parlée :  Français  
 Anglais  
 Autre : \_\_\_\_\_

Type de communication :  Verbale  
 S'exprime avec difficulté

Type de mobilité :  Autonome  
 Fauteuil roulant  
 Autre : \_\_\_\_\_

**J'atteste que la personne est atteinte de paralysie cérébrale et confirmer par un professionnel de la santé.**

### TYPE DE MEMBRE

**MEMBRE ACTIF :**  
Sont membre actifs les personnes atteintes de paralysie cérébrale, les parents, les tuteurs, les personnes responsables légalement d'enfants ou d'adultes vivant avec la paralysie cérébrale

**MEMBRE DE SOUTIEN :**  
Est membre de soutien toute personne issue du milieu Estrien qui contribue par son bénévolat ou son appui aux buts et objectifs de la corporation

**MEMBRE CORPORATIF :**  
Est membre corporatif toute association ou institution sensibilisée à la condition de la personne atteinte de paralysie cérébrale qui adhère aux buts et objectifs de la corporation

### ADHÉSION

COÛT D'ADHÉSION : 20,00 \$

Mode de paiement  Transfert bancaire  
 Argent comptant (en main propre)

Reçu d'impôt pour le don au nom de : \_\_\_\_\_

Signature du demandeur : \_\_\_\_\_

Date(j/m/a) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### BÉNÉVOLAT

Je suis intéressé à agir comme bénévole

Occasionnellement  À temps plein

**Même une seule présence de votre part fera toute la différence !!**