



**Carrefour familial des
personnes handicapées**

Depuis 1949

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Merci de nous faire parvenir, avec votre cotisation,
ce formulaire dûment complété à :

Carrefour familial des personnes handicapées
360, rue du Pont, Québec, Québec G1K 6M6

Nom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

Type de handicap (s'il y a lieu) : _____

Nouveau membre

Renouvellement

Prix de la cotisation annuelle :

Carte individuelle : 5,00 \$

Carte familiale : 8,00 \$

Montant : _____ \$

Carte associative : 25,00 \$

Ci-joint : Chèque

Argent comptant

Date : _____