

## FORMULAIRE D'ADHÉSION ET DE DON

### ADHÉSION INDIVIDUELLE - 10,00 \$

#### Je suis une personne atteinte d'épilepsie

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Tél. (rés.) : \_\_\_\_\_ (cell.) : \_\_\_\_\_ (trav.) : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_  
Femme : \_\_\_\_\_ Homme : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
Veuillez indiquer une personne à contacter en cas d'urgence :  
\_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_ Lien avec vous : \_\_\_\_\_

#### Je ne suis pas une personne atteinte d'épilepsie (membre solidaire) - 10,00 \$

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Tél. (rés.) : \_\_\_\_\_ (cell.) : \_\_\_\_\_ (trav.) : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_  
Femme : \_\_\_\_\_ Homme : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

### ADHÉSION FAMILIALE - 20,00 \$ (personnes vivant sous le même toit – veuillez indiquer le lien avec la personne atteinte)

Nom de la personne atteinte d'épilepsie : \_\_\_\_\_

Nom : _____	Lien : _____
Nom : _____	Lien : _____
Nom : _____	Lien : _____
Nom : _____	Lien : _____
Nom : _____	Lien : _____
Nom : _____	Lien : _____

Autre courriel pour notre liste d'envoi : \_\_\_\_\_

#### Options d'abonnement

Je souhaite recevoir le journal de l'association par courriel  par la poste

#### **Autorisation d'utiliser ma photo ou celle de mes enfants à des fins promotionnelles**

En adhérant à É.O., je reconnais la possibilité de figurer sur des photos qui pourraient être prises lors d'activités ou de rassemblements publics.

- J'accepte que ma photo ou celle de mes enfants soit publiée à des fins promotionnelles.  
 Je n'accepte pas que ma photo ou la photo de mes enfants soit utilisée à des fins promotionnelles.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## DON

Les dons sont essentiels à la réalisation de notre mission. Merci de votre appui !

20,00 \$     50,00 \$     75,00 \$     100,00 \$     Autre : \_\_\_\_\_ \$

Reçu fiscal désiré?    Oui  Non

Numéro de charité : 132582263RR0001

---

Ci-joint un chèque de \_\_\_\_\_ \$ établi à l'ordre d'Épilepsie Outaouais.

## CHANGEMENT D'ADRESSE

Pour maintenir votre adhésion, vous avez la responsabilité de nous informer de tout changement dans vos coordonnées

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. (rés.) : \_\_\_\_\_ (cell.) : \_\_\_\_\_ (trav.) : \_\_\_\_\_

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