

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 : _____