



Spina-bifida  
hydrocéphalie  
Québec

TOUT EST POSSIBLE

## FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nouveau membre

Renouvellement

### A. MEMBRE ACTIF

Personne adulte ayant le spina-bifida  et/ou l'hydrocéphalie  autre   
(spécifiez) \_\_\_\_\_

Parent  soeur/frère  conjoint(e)  fils/fille  \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Si différent, nom de la personne ayant le spina-bifida et/ou l'hydrocéphalie :  
\_\_\_\_\_

Date de naissance (J/M/A) : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Télécopieur : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Langue de correspondance : français  anglais

Cotisation annuelle de 20\$

### B. MEMBRE DE SOUTIEN (Tout organisme ou personne intéressée par la problématique du spina-bifida et/ou de l'hydrocéphalie)

Membre de soutien—Organisme 75 \$  Membre de soutien—Individu 40 \$  Membre de soutien—Patron 500 \$

\* Un membre de soutien – Patron supporte l'organisme en devenant "membre à vie" et en déboursant ses cotisations en un seul versement.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Titre ou profession : \_\_\_\_\_

Organisme (si applicable) : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Télécopieur : (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Langue de correspondance : français  anglais  **Un reçu pour fin d'impôts sera délivré à tout membre de soutien**

### C. ADHESION CONJOINTE :

Association de spina-bifida et d'hydrocéphalie du Québec et MÉMO Québec

40\$

### MODE DE PAIEMENT :

Le montant de ma cotisation est de \_\_\_\_\_ \$ je désire également faire un don de \_\_\_\_\_ \$

TOTAL \_\_\_\_\_ \$

Paiement comptant  Par chèque (émis à l'ordre de l'ASBHQ)  VISA  MASTERCARD

No de carte : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : (J/M/A): \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date (J/M/A) : \_\_\_\_\_

*Un reçu pour fin d'impôt vous sera acheminé pour tout don de 20.00 \$ et plus.*

*Numéro d'organisme de bienfaisance : 107600736 RR0001*

Ce questionnaire s'adresse tant à l'adulte ayant le spina-bifida qu'aux parents d'enfants ayant le spina-bifida. Dans le but de connaître vos besoins et d'améliorer nos services, nous vous demandons de prendre quelques instants pour répondre à notre questionnaire.

Ces renseignements sont confidentiels. Soyez assurés de notre discrétion.

Quel type de spina-bifida avez-vous ?

Myéломéningocèle

Méningocèle

Occulta

Vous ne savez pas

Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_

Avec hydrocéphalie

Hydrocéphalie seulement

Vous vous déplacez en fauteuil roulant  avec béquilles, cannes ou autres  avec orthèses orthopédiques

sans aucune aide ou support technique

à l'aide d'un fauteuil roulant pour parcourir de longue distance

**Quelles sont les sphères d'activités qui vous intéressent?**

Recherche

Prévention

Santé physique

spécifiez: \_\_\_\_\_

Bien-être psychologique et émotif

Éducation

préscolaire

élémentaire

secondaire

CEGEP

universitaire

Méthodes d'apprentissage

Bourses d'étude

Travail

Loisirs

Programmes gouvernementaux

Échanger avec des gens des expériences semblables aux vôtres

Autres

spécifiez \_\_\_\_\_

**Commentaires**

Merci de retourner ce formulaire soit par courriel : [info@spina.qc.ca](mailto:info@spina.qc.ca)

ou par la poste :

Spina-bifida hydrocéphalie Québec

7000, avenue du Parc, bur.309

Montréal, (Québec)

H3N 1X1

514-340-9019 ou 1-800-567-1788