



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

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
Vous ne savez pas

Méningocèle
Autre, spécifiez: _____

Occulta

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

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