

DEMANDE D'ADHÉSION

Enfant épileptique [] Adulte épileptique [] Adulte sympathisant []
Parent [] Membre de la famille immédiate [] Enfant sympathisant []
(Ex. : conjoint, frère, sœur, grands-parents, etc.) Organisme et professionnels []

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal _____

Date de naissance : _____

Allergies (pour les activités) : _____

Tél. rés. : _____ Tél. bur. : _____ Cell : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

(Si vous en possédez une, il serait important de nous la fournir, car par soucis pour l'environnement et pour diminuer le gaspillage du papier, nous vous ferons parvenir tous les envois à votre adresse courriel)

ENFANT ET ADULTE ÉPILEPTIQUE SEULEMENT (à compléter obligatoirement)

Nom du médecin (famille, pédiatre) : _____

Endroit où il pratique : _____

Nom du neurologue : _____

Endroit où il pratique : _____

COTISATION ANNELLE : 5,00 \$ (doit être renouvelée chaque année, aucune adhésion pour les années suivantes ne sera acceptée)

MONTANT INCLUS : _____ (Comptant) (Chèque)

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, COMMERCES, PROFESSIONNELS 20,00 \$

Votre Profession : _____

Signature : _____

(pour un enfant, la signature d'un parent est obligatoire.)

Veuillez, S.V.P., nous faire parvenir votre demande d'adhésion dûment remplie ainsi que le montant ou votre chèque à :

Épilepsie Gaspésie Sud
114, boul. Gérard-D Lévesque
C.P 550
New Carlisle (Québec) G0C 1Z0