



Ne pas remplir SVP

No. Carte de membre \_\_\_\_\_

Date de la demande \_\_\_\_\_

## DEMANDE D'ADHÉSION

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

Adulte sympathisant [ ]  
Enfant sympathisant [ ]  
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 : 8,00 \$ (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. Gerard-D Lévesque  
New Carlisle (Québec) G0C 1Z0