

## RENOUVELLEMENT D'INSCRIPTION CARTE DE MEMBRE 2022-2023-2024

Association spina-bifida et d'Hydrocéphalie de l'Estrie inc.

### 1. Renseignements personnels :

Nom : \_\_\_\_\_

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

No. Tél. : \_\_\_\_\_

No. Tél. Travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Noms des membres de votre familles (si carte familiale):

\_\_\_\_\_  
(parents, frère(s), soeur(s), tuteurs, famille d'accueil, ou conjoint, résident sous le même toit).

2. ALLERGIE : \_\_\_\_\_

### 3. TYPE DE SPINA-BIFIDA :

Myéломéningocèle : \_\_\_\_\_ Lipomyéломéningocèle : \_\_\_\_\_ Méningocèle : \_\_\_\_\_

Occulta : \_\_\_\_\_ Lipoméningocèle : \_\_\_\_\_ Hydrocéphalie : \_\_\_\_\_ Autres : \_\_\_\_\_

### 4. MOYEN DE LOCOMOTION :

Sans aide technique : \_\_\_\_\_

Orthèse : \_\_\_\_\_ Canne : \_\_\_\_\_ Prothèse : \_\_\_\_\_ Fauteuil roulant manuel : \_\_\_\_\_

Béquilles : \_\_\_\_\_ Fauteuil roulant électrique : \_\_\_\_\_

### 5. CATÉGORIES CARTE DE MEMBRE :

	1 an (2022-2023)	2 ans (2022-2024)
<b>Carte individuelle ou sympathisant</b>	10.00\$	14.00\$
<b>Carte familiale</b>	16.00\$	24.00\$

Faire parvenir votre chèque accompagné de cette feuille à :

L'Association de spina-bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie ou **ASBHE au 930, du Fédéral,  
Sherbrooke (Qc.) J1H 5A7**

Je joins à cette envoi un don de \_\_\_\_\_ \$

J'aimerais un reçu de charité ( pour les dons de plus de 10.00\$)

Merci pour votre intérêt !