

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)
Carte individuelle ou sympathisant	10.00\$	14.00\$
Carte familiale	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 !