

COORDONNÉES DU MEMBRE (LETTRES MOULÉES SVP)	
Nom :	Prénom :
Adresse :	
Ville :	Code Postal :
# Téléphone :	# Téléphone secondaire :
Courriel :	Date de naissance : (Jour/mois/année)
Déficiência(s) physique(s) (diagnostic) :	
Mon aidant naturel est : (Nom de la personne, courriel et téléphone)	
À COMPLÉTER PAR LE MEMBRE	
<input type="checkbox"/> Je souhaite devenir membre de DéPhy-moi <i>signature inc.</i>	
<input type="checkbox"/> Je suis disponible pour faire du bénévolat pour DéPhy-moi <i>signature inc.</i>	
<input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des courriels de DéPhy-moi <i>signature inc.</i> pour être informé	
<input type="checkbox"/> Il est préférable de communiquer avec moi par téléphone	
JE SUIS INTÉRESSÉ(E) PAR :	
<input type="checkbox"/> Activités physiques adaptées	<input type="checkbox"/> Activités sociales
<input type="checkbox"/> Activités d'information	<input type="checkbox"/> Yoga sur chaise
<input type="checkbox"/> Autres :	
<input type="checkbox"/> Je, soussigné (e) atteste par la présente que les renseignements ci-dessus sont complets et véridiques et j'accepte que DéPhy-moi puisse utiliser ma photo pour leurs publications	
Signature requise : _____	
LES AVANTAGES D'ÊTRE MEMBRE	
✓ Être informé des activités de DéPhy-moi <i>signature inc.</i>	
✓ Avoir un droit de vote lors de l'assemblée générale annuelle et la possibilité d'être élu au conseil d'administration	
✓ M'impliquer auprès d'un organisme répondant à mes besoins	

Retournez votre formulaire complété, par la poste ou par courriel :

DéPhy-moi *signature inc.*

55, avenue du Dauphiné, Candiac (Québec) J5R 6V3

dephymoisignature@gmail.com