



MAISON
DES
AIDANTES ET
DES **AIDANTS**
BROME-MISSISQUOI

**FORMULAIRE D'ADHÉSION
ET RENOUELEMENT**
Valide du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020
Coût annuel par personne : 10, 00 \$

AIDANT ACTIF
AIDANT INACTIF
BÉNÉVOLE
SUPPORTEUR

SUPPORTEUR/AIDÉ
NOUVEAU MEMBRE
RENOUELEMENT

INFORMATIONS DU MEMBRE

TITRE (Madame ou Monsieur) :	
NOM :	
PRÉNOM :	
ADRESSE :	
VILLE :	
CODE POSTAL :	
TÉL. RÉSIDENTIEL :	
CELLULAIRE :	
DATE DE NAISSANCE	
LANGUE PARLÉE :	

INFORMATIONS DE L'AIDÉ(E)

PRÉNOM ET NOM DE L'AIDÉ(E)	
AIDANT DEPUIS (date)	
DATE DE NAISSANCE DE L'AIDÉ(E)	
INCAPACITÉ DE L'AIDÉ(E)	
LIEN AVEC L'AIDÉ(E)	

Dans quelle langue désirez-vous recevoir votre journal L'ENTRAIDANT? FR AN

Désirez-vous recevoir votre journal via courriel? Oui Non

Si oui, veuillez inscrire votre adresse courriel : _____

**** Prendre note que votre renouvellement au 1er avril de chaque année est nécessaire pour recevoir le journal et avoir accès à nos services. Merci!**

MERCI D'INCLURE VOTRE PAIEMENT :

MONTANT : _____ COMPTANT : CHÈQUE :

SIGNATURE DU MEMBRE : _____ DATE : _____

NOTES (réservé au RSABM) _____