



# FORMULAIRE D'ADHÉSION NOUVEAU MEMBRE

**Valide du 1<sup>er</sup> avril 2026 au 31 mars 2027**

**Coût annuel par personne : 30,00 \$**

AIDANT ACTIF	<input type="checkbox"/>	BÉNÉVOLE	<input type="checkbox"/>	<b>NOUVEAU MEMBRE</b>
AIDANT INACTIF	<input type="checkbox"/>	SUPPORTEUR	<input type="checkbox"/>	

### INFORMATIONS DU MEMBRE

NOM	
PRÉNOM	
ADRESSE	
VILLE	
CODE POSTAL	
TÉL. RÉSIDENTIEL	
CELLULAIRE	
ADRESSE COURRIEL	
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)	

**En devenant membre, vous acceptez de recevoir nos infolettres. Vous pouvez vous désabonner en tout temps.**

**Prendre note que votre renouvellement au 1<sup>er</sup> avril de chaque année est nécessaire pour avoir accès à nos services. Merci!**

Montant :	_____ \$	<input type="checkbox"/>	Comptant / Débit / Virement Interac / Virement bancaire
		<input type="checkbox"/>	Chèque (Émettre votre chèque au nom du Regroupement Soutien aux Aidants de Brome-Missisquoi)
		<input type="checkbox"/>	Carte de crédit No. : _____ Exp. ___ / ___ CVC _____
			Signature : _____

SIGNATURE DU MEMBRE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_