



**APHPBM**

# Association des Personnes Handicapées Physiques de Brome-Missisquoi

505 rue du Sud, local 204, C.P. 307, Cowansville (Québec) J2K 3S7

Téléphone : 450-266-4744 • Télécopieur : 450-266-1263

Téléphone (Farnham) : 450-293-8778

Courriel : [info@aphpbm.org](mailto:info@aphpbm.org)

<http://aphpbm.org> et <http://onnendemandepastant.com>

## ADHÉSION D'UN MEMBRE

Je, soussigné(e) désire devenir membre de l'Association des Personnes Handicapées Physiques de Brome-Missisquoi. Je suis informé(e) que la cotisation annuelle, en vigueur du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars, est au coût de dix dollars (10 \$).

### RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

Nom, prénom

Adresse, Ville

Code postal

Adresse courriel

oui

non

N° de téléphone

N° de téléphone (autre)

Date de naissance

Jour/mois/année

Avez-vous un handicap ?

Oui

Non

Si oui, quel est votre handicap ?

Membre actif

Membre soutien

Mobilité réduite

Appareils de mobilité :

canne

déambulateur

fauteuil

chien guide

quadriporteur

triporteur

voiture adaptée

autre \_\_\_\_\_

Vignette de stationnement

Vignette d'accompagnement

Comment avez-vous entendu parler de l'APHPBM ? \_\_\_\_\_

### SIGNATURE

J'atteste que les renseignements donnés sont au meilleur de ma connaissance.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**\*\*\* VOIR VERSO**

**Je m'engage à adhérer à la mission, à respecter les règlements et les politiques en vigueur dans l'organisme.**

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom

X \_\_\_\_\_  
Signature

**Par la présente, j'accorde à l'APHPBM, le droit de publication.**

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom

X \_\_\_\_\_  
Signature

**Voulez-vous faire du bénévolat pour l'APHPBM ?**

**Oui**       **Non**

**Si oui, combien d'heures pourriez-vous consacrer par semaine, par mois, etc. ?**

\_\_\_\_\_ heure(s) par semaine

\_\_\_\_\_ heure(s) par mois