



*Association des personnes handicapées physiques  
de Brome-Missisquoi*

505, rue du Sud, Case postale 307 Cowansville (Québec) J2K 3S7  
Téléphone : (450) 266-4744 Télécopieur : (450) 266-1263

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

Sites Internet : [aphpbm.org](http://aphpbm.org) et [accesbromemissisquoi.com](http://accesbromemissisquoi.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 de l'année suivante, 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

Carte accompagnement loisir (CAL)

Logement accessible

Logement adapté

Besoin : \_\_\_\_\_

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

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

## SIGNATURE

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

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

**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

Révisée 05-03-2021