



**APHPBM**

# Association des personnes handicapées physiques de Brome-Missisquoi

505 rue du Sud, local 204, C.P. 307, Cowansville, QC J2K 3S7  
Téléphone : 450-266-4744 • Télécopieur : 450-266-1263

Courriel : [info@aphpbm.org](mailto:info@aphpbm.org)  
Site internet : [aphpbm.org](http://aphpbm.org)

## 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 est du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars au coût de quinze dollars (15 \$).

### RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

Nom, prénom

Adresse, Ville

Code postal

Adresse courriel

N° de téléphone

N° de téléphone (autre)

Date de naissance année, mois, jour

Avez-vous un 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**



**Centraide**  
Richelieu-Yamaska



Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie - Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke  
Québec 

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

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
date

**Personne ressource (en cas de besoin) :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

**En adhérant comme membre soutien, Il m'est possible de contribuer à la mission de l'APHPBM de la façon suivante :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
date