



FORMULAIRE D'INSCRIPTION À L'ASSOCIATION

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

Date de naissance _____

Téléphone(s) : à domicile _____ au travail _____

Cellulaire _____ Courriel _____

DEVENIR MEMBRE

Je SUIS laryngectomisé(e) et désire devenir membre

J'ai subi une laryngectomie totale le _____

Nom du chirurgien _____ Hôpital _____

Nom de l'orthophoniste _____ Moyen de communication _____

Je NE SUIS PAS laryngectomisé(e) et je désire devenir membre

COTISATION : 10\$ à l'inscription. Vous recevrez sous peu votre carte de membre. La carte de membre est renouvelable à chaque année en décembre au coût de 10\$.

DEVENIR BÉNÉVOLE

Je SUIS laryngectomisé(e) et désire devenir bénévole

Je NE SUIS PAS laryngectomisé(e) et je désire devenir bénévole

Motifs _____

Il n'y a pas de frais de cotisation pour l'inscription comme personne bénévole. Une personne de l'Association communiquera avec vous sous peu.

Veillez nous transmettre ce formulaire complété et, s'il y a lieu, votre paiement (par chèque seulement) à:

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES LARYNGECTOMISÉS
5565 rue Sherbrooke est, Montréal, Qc. H1N 1A2

Merci de votre intérêt.