



## Formulaire d'adhésion ou de renouvellement

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. (résidence): \_\_\_\_\_ (travail) : \_\_\_\_\_ (cellulaire) : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

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

- Nouvelle adhésion**     **Renouvellement**
- J'ai un proche atteint de maladie mentale
- Je n'ai pas de proche atteint de maladie mentale

**Je suis :**

- Père/Mère     Fils/Fille     Frère/Sœur     Conjoint(e)     Famille autre
- Ami(e) d'une personne souffrant de maladie mentale
- Intervenante(e) en santé mentale
- Autre, préciser : \_\_\_\_\_

**Montant de la cotisation :**

- 10\$ Cotisation individuelle
- 15\$ Cotisation familiale, veuillez indiquer le nom de chacune des personnes membres de L'Accolade Santé mentale domiciliées à la même adresse.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ci-joint mon chèque au montant de \_\_\_\_\_\$, libellé à l'ordre de L'Accolade Santé mentale.

## Don

**Je désire vous aider à poursuivre votre mission.**

- 10\$     25\$     50\$     75\$     100\$     \_\_\_\_\_ \$

Don à la mémoire de : \_\_\_\_\_

Ci-joint mon chèque au montant de \_\_\_\_\_\$, libellé à l'ordre de L'Accolade Santé mentale.