



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.