



FORMULAIRE D'ADHÉSION À L'ANO

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse _____

Ville _____ Code Postal _____ Date de naissance : _____

Téléphone : (Maison) _____ (Bureau) _____ (Autres) _____

Type d'adhésion :

MEMBRE-USAGER

MEMBRE-COMMUNAUTÉ

MEMBRE-PROCHE

Don : \$ _____

Demande d'un reçu pour fin d'impôt : _____

Désirez-vous recevoir le bulletin électronique? Courriel : _____

par la poste?

J'adhère pleinement à la mission de l'ANO (citée ci-dessous) et devenir membre est pour moi une manière d'appuyer l'Association.

Accueillir les personnes de l'Outaouais affectées par les conséquences d'un TCC et/ou d'un AVC, afin d'identifier, de faire reconnaître et de proposer des réponses adaptées à leurs besoins.

Signature du membre : _____ Date : _____

Cette demande d'adhésion a été approuvée par le Conseil d'administration du : _____

Par la présente, j'autorise également l'ANO à diffuser toute image ou vidéo de ma personne sur son site Web ou sa page Facebook.

Signature du membre : _____

Réservée à l'administration :

Carte envoyée par la poste Carte remise en main

propre

Nouveau membre Inscrit dans la base de données

Association des Neurotraumatisés de l'Outaouais

115, boul. Sacré-Cœur, bureau 01 Gatineau (Québec) J8X 1C5 tél. : (819) 770-8804 fax. : (819) 770-5863

Courriel : ano@ano.ca Facebook : ano.ca Site Internet : www.ano.ca