



Association de parents de l'enfance en difficulté

1050, boul. Curé-Poirier Ouest suite 100, Longueuil, Qc. J4K 2E4
Tél : 450-679-9310 Télécopieur : 450-679-3294 Site web : www.aped.org

NOUVELLE ADHÉSION

MEMBRE PARENT (avec enfant en difficulté)

Cotisation familiale annuelle : 15 \$ (renouvelable chaque année à partir de votre date d'adhésion)

IMPORTANT : S.V.P. libellez le chèque au nom de APED et retournez le tout à l'adresse ci-haut

Faire un choix : Je désire devenir membre Je désire renouveler mon adhésion
 Je désire réactiver mon adhésion (ancien membre de plus d'un an)

PARENT/TUTEUR	CONJOINT (E) (S'IL Y A LIEU)
Pour des fins de statistiques, ces informations nous sont demandées par nos bailleurs de fonds	
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Pays d'origine :	Pays d'origine :
Langue usuelle :	Langue usuelle :
Date de naissance :	Date de naissance :
Maison :	Maison :
Cell/Travail :	Cell/Travail :
Courriel :	Courriel :
Adresse :	
Ville :	
Code postal:	

Par souci écologique, nous procédons à l'envoi de notre documentation par courriel.
Toutefois si vous préférez obtenir les documents par la poste, veuillez cocher cette case

1 ^{ER} ENFANT EN DIFFICULTÉ			2 ^E ENFANT EN DIFFICULTÉ		
Nom/Prénom :			Nom/Prénom :		
Sexe : <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Date de naissance :	(jour-mois-année)	Sexe : <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Date de naissance :	(jour-mois-année)
Langue usuelle :			Langue usuelle :		
Pays d'origine :			Pays d'origine :		
L'enfant vit avec : <input type="radio"/> Ses 2 parents <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Garde partagée <input type="radio"/> Autre			L'enfant vit avec : <input type="radio"/> Ses 2 parents <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Garde partagée <input type="radio"/> Autre		



Association de parents de l'enfance en difficulté

1050, boul. Curé-Poirier Ouest suite 100, Longueuil, Qc. J4K 2E4
Tél : 450-679-9310 Télécopieur : 450-679-3294 Site web : www.aped.org

Nombre de frères et sœurs :	Nombre de frères et sœurs :
Diagnostic :	Diagnostic :

Afin de maintenir et d'améliorer les services offerts aux parents et aux jeunes, je désire soutenir davantage l'APED en faisant un don au montant de : _____ \$ (reçu d'impôts pour dons de 20\$ et plus).
Nom auquel le reçu sera effectué : _____.

Je désire m'impliquer comme bénévole Oui Non

Quelles habiletés aimeriez-vous mettre au profit de l'APED ?

Comment avez-vous connu l'APED ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> J'étais déjà membre | <input type="checkbox"/> CSSS : Lequel ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Par un autre membre | <input type="checkbox"/> Hôpital : Lequel ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Organisme : Lequel _____ |
| <input type="checkbox"/> Les médias (journal, télévision, etc.) | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

En tant que membre, j'**autorise l'APED** à prendre des photos de mon enfant pour des souvenirs ou des publications dans le calendrier d'activités, Bulletin l'Envol Express, site web et autres documentations.

J'accepte



Je refuse



Politique de confidentialité : L'APED préserve l'anonymat de ses membres et garde confidentiel tous les renseignements personnels. Pour tout partage ou échange d'informations avec un tiers, une autorisation du membre est préalablement exigée.

MERCI DE VOTRE CONFIANCE !

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Paiement de : _____ \$ Date du paiement : ____/____/____ Argent Chèque #

Adhésion : _____ \$ Don : _____ \$ Autre : _____ \$ Précisez :

Paiement reçu par : _____ Remis à :

Note : _____