



## 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](http://www.aped.org)

### ADHÉSION ANNUELLE

MEMBRE PARENT (avec enfant en difficulté)

**Cotisation familiale : 20 \$** (renouvelable chaque année à partir de votre date d'adhésion)

- Libellez un chèque au nom de APED et retournez le tout à l'adresse ci-haut par la poste**
- Effectuez un virement bancaire à l'aide de l'adresse courriel : [comptabilite@aped.org](mailto:comptabilite@aped.org) et mot de passe : [Aped2020](#)**

**Choisir :**  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)
<b>Pour des fins de statistiques, ces informations nous sont demandées par nos bailleurs de fonds</b>	
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 : C.P.:

1 <sup>ER</sup> ENFANT EN DIFFICULTÉ	2 <sup>E</sup> ENFANT AVEC OU SANS DIFFICULTÉ
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :
Sexe : <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Sexe : <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Date de naissance : (jour-mois-année)	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
Diagnostic :	Diagnostic :



## 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

3 <sup>E</sup> ENFANT			4 <sup>E</sup> ENFANT		
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		

**Par souci écologique, nous procédons à l'envoi de notre documentation par courriel**

@courriel : \_\_\_\_\_

Si vous préférez obtenir les documents par la poste, veuillez cocher cette case

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 sont vos habiletés et intérêt ?  
\_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu l'APED ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Déjà membre                        | <input type="checkbox"/> CSSS : Lequel ? _____    |
| <input type="checkbox"/> Par un autre membre                | <input type="checkbox"/> Hôpital : Lequel ? _____ |
| <input type="checkbox"/> Internet / Site web                | <input type="checkbox"/> Organisme : Lequel _____ |
| <input type="checkbox"/> 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

Montant : \_\_\_\_\_ \$ Date du paiement : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Argent  Interac  Chèque # \_\_\_\_\_

Adhésion : \_\_\_\_\_ \$ Don : \_\_\_\_\_ \$ Autre : \_\_\_\_\_ \$ Précisez : \_\_\_\_\_

Paiement reçu par : \_\_\_\_\_ Remis à : \_\_\_\_\_

Note : \_\_\_\_\_