



MEMBRE ACTIF ADHÉSION ANNUELLE

Qui est le membre actif?



Toute personne physique intéressée aux buts et aux activités de l'association, qui se conforme aux normes d'admission établies par résolution du conseil d'administration peut devenir membre actif de l'association si elle en fait la demande et que l'équipe de l'APED lui accorde ce statut. Les membres Actifs ont le droit de participer à toutes les activités de l'association, de recevoir les avis de convocations aux assemblées des membres, d'assister à ces assemblées et d'y voter. Ils sont éligibles au titre de personne administratrice de l'association. *(extrait des règlements généraux de l'APED)*

Cotisation : 50 \$ (renouvelable le 1^{er} avril de chaque année)

- 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 : administration@aped.org et mot de passe : **Aped1050**

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

COORDONNÉES

NOM, PRÉNOM :
RUE, NUMÉRO :
CODE POSTAL, VILLE :
DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE COURRIEL :
 Maison :
 Cell/Travail :
OCCUPATION PROFESSIONNELLE:
Vos motivations:

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

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



MEMBRE ACTIF

ADHÉSION ANNUELLE

DON

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: _____.

IMPLICATION

Je désire m'impliquer comme bénévole Oui Non

Quelles sont vos habiletés et intérêts ?

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 : _____ |

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 : _____