



**MEMBRE N°:** \_\_\_\_\_  
Espace réservé pour L'Archipel de l'Avenir

## DEMANDE D'ADHÉSION

Je souhaite devenir membre de *L'ARCHIPEL DE L'AVENIR*, organisme de services destinés aux personnes adultes ayant un trouble du spectre de l'autisme sans déficience intellectuelle (TSASDI), à titre de :

Adulte ayant un TSASDI

Adulte ayant un TSA avec DI légère

Mère ou père

Frère ou sœur

Autre lien apparenté (grand-parent, oncle ou tante, etc.)

Personne intéressée par les objectifs poursuivis par l'organisme

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_

**Organisme (s'il y a lieu)** : \_\_\_\_\_

**Adresse postale** : \_\_\_\_\_

**Téléphone** : \_\_\_\_\_

**Adresse courriel** : \_\_\_\_\_

**Important:** en fournissant votre adresse courriel vous donnez votre consentement à recevoir nos communications par courriel.

**Signature:** \_\_\_\_\_ **à:** \_\_\_\_\_ **, le:** \_\_\_\_\_

*Veillez retourner ce formulaire complété, à l'adresse de L'ARCHIPEL DE L'AVENIR au 10780 rue Laverdure, Local 304, Montréal (Québec) H3L 2L9, par fax au (514) 360-3027 ou par courriel à [info@larchipeldelavenir.org](mailto:info@larchipeldelavenir.org)*