



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'ARCHIPEL DE L'AVENIR
304 -10780, rue Laverdure, Montréal, QC H3L 2L9
ou par courriel à info@larchipeldelavenir.org