

Adulte ayant un TSASDI

Mère ou père

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 TSA avec DI légère

Frère ou sœur

Autre lien apparent	ė (grand-parent, oncle ou tante, e	etc.)	
Personne intéressé	e par les objectifs poursuivis par	l'organisme	
Prénom et nom	:		
Adresse postale	:Code postal:		
J'habite chez		Chez mes parents	
Téléphone	<u>:</u>		
Adresse courriel	<u>:</u>		
Date de naissance	: (jj-mm-année)		
Personne à contacter	en cas d'urgence:		
Nom:	Prén	om:	<del></del>
Numéro de téléphone:	Lien:	·	
Important: en fournissant votre adr par courriel.	esse courriel vous donnez votre	consentement à recevoir	nos communication
En signant ce formulaire, <b>J'AUT</b> ( peut me reconnaître, avec ou sans l			photographies où l'o
Signature:	à:	, le:	
Organisme (s'il y a lieu):			

Veuillez retourner ce formulaire complété à: L'ARCHIPEL DE L'AVENIR 301 -10780, rue Laverdure, Montréal, QC H3L 2L9 ou par courriel à info@larchipeldelavenir.org