



3350, boul. Dagenais O.,  
Laval (Fabreville), Qc  
H7P 1V6

☎ : (450) 937-3670

Sans frais : 1-855-937-3670

Courriel : [info@dysphasieplus.com](mailto:info@dysphasieplus.com)

Site Internet : [www.dysphasieplus.com](http://www.dysphasieplus.com)

## **ABONNEMENT CARTE DE MEMBRE**

Adhésion des membres allant du **1er avril au 31 mars** de chaque année au coût de 30 \$ par année.

### **Services aux membres :**

Tous les services sont gratuits à l'exception des activités citées au dernier point

- ❖ Écoute téléphonique
- ❖ Référence vers le réseau institutionnel et communautaire
- ❖ Informations sur les droits de la personne
- ❖ Ateliers/conférences
- ❖ Accompagnement dans les dossiers de défense
- ❖ Rencontre ponctuelle et individuelle avec le parent
- ❖ Parution du journal annuel Les Échos
- ❖ Fêtes familiales
- ❖ Café rencontre
- ❖ Accessibilités aux activités : moment des amis, samedis animés, samedis en folie, semaine de relâche, copains d'abord (des coûts sont associés à ces activités)

### **Service aux non-membres :**

- ❖ Écoute téléphonique
- ❖ Référence vers le réseau institutionnel et communautaire
- ❖ Informations sur les droits de la personne
- ❖ Accessibilité aux ateliers/conférences (payant)

<b>JE DÉSIRE DEVENIR MEMBRE DE</b>	
<b>L'ASSOCIATION DYSPHASIE +</b>	
<input type="checkbox"/> <b>ABONNEMENT</b>	<input type="checkbox"/> <b>RENOUVELLEMENT</b>
NOM : _____	
PRÉNOM : _____	
NOM ET PRÉNOM DU CONJOINT (E): _____	
Adresse : _____	
Code postal : _____	
Téléphone : (    ) _____	
Téléphone : (    ) _____	
Cellulaire : (    ) _____	
Courriel : _____	
Courriel : _____	
<input type="checkbox"/> <b>MEMBRE « RÉGULIER » (30 \$)</b> Individuel ou pour un couple de parents. Sont admissibles toute personne atteinte (18 ans et +), les parents d'une personne atteinte, l'entourage, ou toute personne intéressée à promouvoir les objectifs de l'Association.	<input type="checkbox"/> <b>MEMBRE « FAMILIAL » (45 \$)</b> Comprend un couple <b>plus</b> un autre membre de la famille de leur choix (frère, sœur, grand-père, grand-mère, etc.). Nom autre membre de la famille (18 ans et +): _____ Adresse : (si autre) _____ Tél.: _____
<input type="checkbox"/> <b>MEMBRE « PROFESSIONNEL » (30 \$)</b> (enseignant, orthophoniste, travailleur social, etc.) Spécifiez votre profession : _____	<input type="checkbox"/> <b>MEMBRE « CORPORATIF » (75 \$)</b> Toute institution ou corporation intéressée à appuyer l'Association, et qui manifeste un intérêt particulier, peut déléguer un ou des membres ( <i>maximum 5 représentants admis</i> ) qui la représentera lors d'événements spéciaux. S.V.P., joindre un chèque libellé au nom de : <b>ASSOCIATION DYSPHASIE +</b> 3350, BOUL. DAGENAI O., FABREVILLE-LAVAL, QC H7P 1V6