



ADHÉSION INDIVIDUELLE

COTISATION ANNUELLE (1 janvier - 31 décembre)

NOUVELLE ADHÉSION [] ou RENOUVELLEMENT []

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____ App. _____ H 3 E _ _ _

Tél: Rés. _____ Bur. _____ Télécopieur: _____

Courriel: _____ j'offre mon aide bénévole à l'APRIDS: []

Nom: _____ Prénom: _____

Tél: Rés. _____ Bur. _____ Télécopieur: _____

Courriel: _____ j'offre mon aide bénévole à l'APRIDS: []

COTISATION par personne: 15 \$ []

COTISATION pour la deuxième personne résidant à la même adresse: 5 \$ []

PLUS DON: _____ \$ TOTAL: _____ \$

Propriétaire [] Locataire [] Autre résidant []

Merci beaucoup !

Retourner à :

I'APRIDS - C.P. 63120 L'Île-des-Sœurs, QC, H3E 1V6