

**DEMANDE D'ADHÉSION À
L'Association québécoise de l'organisation limite de la personnalité (AQOLP)**

(Écrire en lettres moulées S.V.P.)

S'il vous plaît, retournez cette partie avec votre cotisation au :
**1800 boulevard Le Corbusier, bureau 134
Laval (Québec) H7S 2K1**



Je désire devenir membre de l'AQOLP

(Cochez la case appropriée et complétez les informations requises)

- Membre régulier (50 \$)
- Étudiant-e à temps plein (20 \$)
- Parent ou proche (20 \$)
- Personne utilisatrice de services de santé mentale (5 \$)
- Membre corporatif
- Membre donateur

Nom _____ Prénom _____

Profession, fonction ou statut _____

Nom de l'organisme (s'il y a lieu) _____

Vocation de l'organisme (ex. entraide, intégration, suivi dans la communauté, etc.)

Organisme : communautaire institutionnel privé

Adresse (privée ; organisme)

No app. _____ Ville _____ Code postal _____

Téléphone (_____) _____ Télécopieur (_____) _____

Courriel _____

(Informations complémentaires pour les membres corporatifs et membres donateurs)

Nom et titre de la personne responsable de l'organisme

Nb d'employés _____ Nb de clients _____ Année de fondation _____

Budget annuel _____

Signature autorisée _____

J'inclus la cotisation de _____ (en tant que membre corporatif)

Nous désirons que le conseil d'administration de l'AQOLP communique avec nous, car nous sommes intéressé à offrir à l'Association une contribution financière en tant que membre donateur.

Signature du demandeur

Date