



Association de la fibromyalgie et de douleurs chroniques de Lanaudière

FICHE D'ADHÉSION

Date de l'adhésion : _____

PRÉNOM :

NOM :

ADRESSE :

VILLE :

PROVINCE :

CODE POSTAL :

TÉL. DOMICILE :

TÉL. TRAVAIL :

TÉL. CELLULAIRE :

DATE DE NAISSANCE :

COURRIEL :

ALLERGIES :

EIPEN : OUI ☐ NON ☐

DES PHOTOS DE MOI PEUVENT APPARAÎTRE SUR FACEBOOK, JOURNAL ET / OU LE SITE WEB : OUI ☐ NON ☐

20\$ MEMBRE ACTIF ☐

20\$ MEMBRE SUPPORT ☐

PAYÉ PAR : CHÈQUE À L'ORDRE DE **ARFL** ☐ COMPTANT ☐ VIREMENT INTERAC (MOT DE PASSE : **ARFL**) ☐

Je m'engage à respecter les valeurs de l'organisme, son Code d'éthique ainsi que la Politique contre toutes formes de harcèlement.

SIGNATURE MEMBRE ACTIF : _____

SIGNATURE MEMBRE SUPPORT : _____

MEMBRE SUPPORT DE : _____

Les renseignements demandés ci-dessus seront tenus confidentiels