



## Vie Autonome Péninsule Acadienne inc.

Voir au-delà du handicap

---

### Feuille d'inscription

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse postale :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Voulez-vous recevoir notre bulletin trimestriel?

Voulez-vous être avisé lors de nos activités?

Numéro de téléphone : (506) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Type de membre :

Régulier \_\_\_

Associé \_\_\_

Honoraire \_\_\_

Corporatif \_\_\_

Veillez indiquer votre ou vos limitation(s) fonctionnelle(s), s'il y a lieu :

\_\_\_\_\_

Signature du membre et/ou tuteur : \_\_\_\_\_

Date de l'inscription: \_\_\_\_\_

Commentaires :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_