 **FORMULE D’ADHÉSION**

**Santé mentale Québec – *Pierre-De Saurel***

**Expiration août 2021**

**Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Code Postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**Cours : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Catégorie de membres :**

**15$ membre ordinaire**

**J’aimerais faire un don à l’organisme :**

**Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_ Montant : \_\_\_\_\_\_\_\_$**

**Par la présente, je dégage Santé mentale Québec – *Pierre-De Saurel*,**

**son conseil d’administration et tous ses animateurs (trices) de toutes**

**responsabilité financières et/ou civile, que ce soit pour toute blessures**

**dont je pourrais être victime au cours des activités organisées par**

**l’organisme ou qui résulterait de ma participation à ces activités.**

**Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**