

# FORMULAIRE DE COTISATION POUR LES PARENTS\*

- Nouvelle inscription     Renouvellement
- Tarifs:  Canada 40 \$     Hors Canada 50 \$
- Parent étudiant 20 \$

Cadre réservé à l'administration:

Région : \_\_\_\_\_ Date de paiement : \_\_\_\_\_  
N° Membre : \_\_\_\_\_ Mode de paiement : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

### Parent 1

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Surdité :  Oui  Non - Mode de communication : \_\_\_\_\_  
Intérêt à écrire dans la revue Entendre:  Oui  Non

### Parent 2

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_  
Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Surdité :  Oui  Non - Mode de communication : \_\_\_\_\_  
Intérêt à écrire dans la revue Entendre:  Oui  Non

Je souhaite recevoir la revue Entendre:  Par la poste  Par courriel

## RENSEIGNEMENTS SUR TOUS VOS ENFANTS

Si vous avez plus de 2 enfants, veuillez inscrire vos renseignements sur papier libre ou au verso du formulaire

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance (JJ / MM / AA) : \_\_\_\_\_  
Origine de la surdité :  Génétique  Acquisie  
Âge du diagnostic : \_\_\_\_\_ Quelles oreilles ?  G  D  
Degré de surdité :  
 Aucune  Légère  Modérée  Sévère  Profonde  
Mode de communication :  
 Français signé  LPC  LSQ  Oral  Pidgin  
Type d'aide de correction auditive : \_\_\_\_\_

École fréquentée : \_\_\_\_\_

Services spécialisés reçus à l'école : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance (JJ / MM / AA) : \_\_\_\_\_  
Origine de la surdité :  Génétique  Acquisie  
Âge du diagnostic : \_\_\_\_\_ Quelles oreilles ?  G  D  
Degré de surdité :  
 Aucune  Légère  Modérée  Sévère  Profonde  
Mode de communication :  
 Français signé  LPC  LSQ  Oral  Pidgin  
Type d'aide de correction auditive : \_\_\_\_\_

École fréquentée : \_\_\_\_\_

Services spécialisés reçus à l'école : \_\_\_\_\_

DON DE \_\_\_\_\_ \$. Un reçu fiscal sera émis pour tout don de 10\$ et plus.

## FAITES PARVENIR VOTRE CHÈQUE ET LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À L'AQEPA



**AQEPA**

Association du Québec  
pour enfants  
avec problèmes auditifs

3700, rue Berri, bureau A-446, Montréal (Québec) H2L 4G9  
Voix et ATS : 514-842-8706 • Sans frais : 1 877-842-4006  
gestiondesmembres@aqepa.org • [www.aqepa.org](http://www.aqepa.org)



**Voulez-vous également devenir membre de l'Association Sportive des Sourds du Québec?**

Tarif: 5\$ (1\$ pour les étudiants)

Oui  Non  Je suis déjà membre de l'ASSQ

[www.assq.org](http://www.assq.org)

Si oui, un formulaire d'adhésion vous sera envoyé par courriel.

\* Parent d'un enfant de moins de 18 ans vivant avec une surdité