L'Association nationale des étudiant-e-s handicapés au niveau postsecondaire (NEADS)

Demande d'adhésion

Nom : _____

Établissement : _____

Statut : _____ *professione(le)*

Adresse : _____

_____

Ville : _____ Province : _

Code postal : _____ Tél : _____

Veuillez indiquer à quelle catégorie est reliée votre déficience :

Déficience auditive : _____

Troubles d'apprentissage : _____

Déficience motrice : _____

Déficience visuelle : _____

Autre : _____

_____

Veuillez indiquer à quelle catégorie de membre vous appartenez :

Membre régulier (ex. étudiant-e) ☐
Membre associé (ex. professionnel-le) ☐
Membre institutionnel (ex. commerce) ☐

Cette demande est-elle une : Nouvelle adhésion ☐
Un renouvellement d'adhésion ☐

Format préféré de la documentation :
imprimé ☐ disquette ☐ cassette-audio ☐ larges caractères ☐

Cotisations pour membres réguliers et associés : 10 $
Membres institutionnels : 20 $

Je soussigné-e, _____, désire devenir membre de NEADS et j'inclus dans la présente un chèque au montant de (10 $/20 $) qui représente ma cotisation annuelle d'adhésion.

Signature : _____

Date : _____

Veuillez remplir votre demande d'adhésion et la faire parvenir à l'adresse suivante :

NEADS, 4e étage, Unicentre, Carleton University,
Ottawa (Ontario), K1S 5B6