

DATE

MONTANT

Vous désirez  
recevoir le  
bulletin de  
quelle façon?

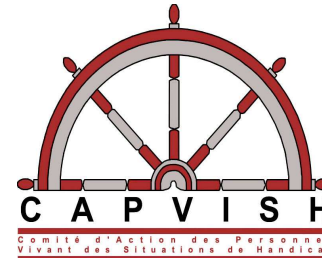
Poste

Ou

Courriel

Pour devenir membre, retournez ce coupon, accompagné d'un chèque à l'ordre du :

**CAPVISH**  
**320 rue St-Joseph Est, Bureau SS-048**  
**Québec (Québec) G1K 8G5**



**Formulaire d'Adhésion ou Renouvellement**

**5.00\$ / 1 an    10.00\$ / 3 ans    25.00\$ / À vie**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_ Code Postale : \_\_\_\_\_ Tel. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

Membre actif (précisez la nature de votre incapacité) : \_\_\_\_\_

Membre associé (individuel ou représentant d'organisme) : \_\_\_\_\_