



FORMULAIRE D'INSCRIPTION À L'ASSOCIATION

DEVENIR MEMBRE OU BÉNÉVOLE

Je désire m'inscrire à l'Association québécoise des laryngectomisés.

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

VILLE _____ CODE POSTAL _____

DATE DE NAISSANCE (JOUR/MOIS/ANNÉE) _____

TÉLÉPHONE(S)

 AU DOMICILE _____

 AU TRAVAIL _____

 CELLULAIRE _____

ADRESSE COURRIEL _____

Cochez et compléter

- Je suis opéré(e) et j'aimerais devenir membre
 J'ai subi une laryngectomie totale
 une glossectomie totale

 Date de la chirurgie (jour/mois/année) _____

 Hôpital où a eu lieu la chirurgie _____

- Je ne suis pas opéré(e) et j'aimerais devenir membre de l'Association

- Je ne suis pas opéré(e) et je désire devenir bénévole à l'Association

 Motif _____

VEUILLEZ TRANSMETTRE CE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À :

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES LARYNGECTOMISÉS

5565 rue Sherbrooke est, Montréal, Qc. H1N 1A2

Téléphone : (514) 259-5113, sans frais 1-844-285-2335 Télécopieur: (514) 259-8946

Courriel: fqlar@fqlar.qc.ca