

ADHÉSION

35 \$

MEMBRE-FAMILLE

Société de l'autisme Saguenay — Lac-St-Jean



Est membre-famille toute personne avec un TSA, habitant avec sa famille naturelle ou dans une autre résidence de la région. Le membre est représenté par un membre de sa famille ou l'intervenant où il habite. Le membre-famille, par le biais de son représentant, a le droit de voter aux assemblées générales de la SAR et de la FJA. **Cotisation annuelle : 35\$**

La cotisation annuelle est gratuite pour un deuxième utilisateur de la famille naturelle seulement

Avantages :	<ul style="list-style-type: none">♥ Recevoir, en primeur, les informations concernant les conférences, les formations et les activités.♥ S'inscrire aux services, conférences et formations offertes par la Société de l'autisme.♥ Voter aux assemblées générales annuelles.♥ Bénéficier de tarifs préférentiels.
Responsabilités :	<ul style="list-style-type: none">♥ Acquitter sa cotisation annuelle.♥ Prendre connaissance des règlements généraux de la Société de l'autisme et de ceux de la Fondation Jean Allard pour la cause de l'autisme.♥ Aviser la Société de l'autisme lors de tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone.♥ Aviser la Société de l'autisme s'il ne désire plus être membre.

En étant membre de la Société de l'autisme (SAR), vous devenez membre de la Fondation Jean Allard pour la cause de l'autisme (FJA) qui est un organisme de bienfaisance, dédié spécifiquement à la SAR. En remettant annuellement à la SAR des dons significatifs, la FJA permet aux membres-familles de bénéficier de services à prix abordables. La FJA offre également des dons pour l'amélioration des maisons de répit de la SAR. En participant aux activités de la FJA, en faisant connaître la FJA à vos contacts ou en devenant bénévole, vous contribuez à assurer la pérennité de cet organisme, partenaire financier si précieux pour la SAR.

Nom de l'enfant : _____ Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance : _____ JJ MM AAAA N° d'ass. maladie : _____

Date d'expiration : _____ MM AAAA

L'enfant Avec sa famille naturelle En résidence (section grise) Autre :
demeure : Avec sa mère Avec son père En garde partagée

Nom père : _____	Nom mère : _____
Occupation : _____	Occupation : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Ville : _____	Ville : _____
Code postal : _____	Code postal : _____
N° tél. rés. : _____	N° tél. rés. : _____
N° tél. cell. : _____	N° tél. cell. : _____
N° tél. travail : _____	N° tél. travail : _____
Courriel : _____	Courriel : _____
<input type="checkbox"/> Je veux recevoir mes factures par courriel	<input type="checkbox"/> Je veux recevoir mes factures par courriel

<input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> RTF
<input type="checkbox"/> autre : _____
Responsable : _____
Adresse : _____
Ville : _____
Code postal : _____
N° tél. rés. : _____
N° tél. cell. : _____
Courriel : _____
<input type="checkbox"/> Je veux recevoir mes factures par courriel

**Autre(s) personne(s) à rejoindre
En cas d'urgence**

Nom 1 : _____

Lien : _____

Tél. : _____

Nom 2 : _____

Lien : _____

Tél. : _____

Date du diagnostic : _____ Par quel médecin : _____

Diagnostic : TSA Niveau : _____ TED non spécifié
 Trouble de la communication sociale pragmatique Syndrome d'Asperger

Trouble associé ? : _____
Ex : Déficience intellectuelle, TDAH, Trisomie

Nom de votre intervenant(e) du CLSC : _____

Nom de votre intervenant(e) du CRDITED : _____

Comment avez-vous entendu parler de notre organisme ? : _____

Est-ce que la personne membre :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> A déjà fait des crises d'épilepsie | <input type="checkbox"/> A du langage | <input type="checkbox"/> A une bonne motricité |
| <input type="checkbox"/> Communique avec des pictogrammes ou autres outils | <input type="checkbox"/> Pourrait fuguer | |
| <input type="checkbox"/> Est intégrée en classe régulière à l'école | <input type="checkbox"/> Peut être jumelée à un autre lors d'activités | |
| <input type="checkbox"/> Pourrait être agressive envers les autres | <input type="checkbox"/> Pourrait être agressive envers elle-même | |

Signature : _____

Date : _____

Veuillez acheminer votre formulaire et votre paiement de 35 \$ par la poste à :

Société de l'autisme Saguenay – Lac-Saint-Jean
415, rue Racine Est
Chicoutimi (Qc) G7H 1S8