

---

## Adhésion ou renouvellement de membre 2017-2018

Je désire devenir membre  
Je désire renouveler mon adhésion

Francophone  
Anglophone

### RÉFÉRENCE

Centre intégré de santé et services sociaux de l'Outaouais  
Autres (préciser) :

### PRÉCISER VOTRE TERRITOIRE D'APPARTENANCE :

Gatineau  
Papineau  
Pontiac  
Des Collines  
Vallée de la Gatineau

### JE JOINS AU PRÉSENT FORMULAIRE :

10\$ - Membre individuel  
15\$ - Carte familiale  
(ne s'applique pas aux RTF et RI)

*Prière de libeller votre chèque ou mandat-poste à : Association pour l'intégration communautaire de l'Outaouais*

---

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEMBRE

Nom et prénom :

Adresse :

Ville :

Code postale :

Téléphone (résidence)

Téléphone (cellulaire)

Date de naissance (j/m/année) :

\*Courriel :

---

Responsable du membre au lieu de résidence (si applicable) :

Téléphone :

Cellulaire :

\*Courriel :

\*important pour la diffusion d'information

---

