

# DEMANDE D'ADHESION



## INFORMATIONS PERSONELLES

Nom, prénom

Adresse

Ville

Code postal

Date de naissance

Téléphone

E-Mail

## POUR MEMBRE ÉPILEPTIQUE SEULEMENT

Médecin de famille

Endroit où il pratique

Neurologue

Endroit où il pratique

Autres informations

Cotisation Anuelle de 2\$

L'Association Épilepsie Côte-Nord Inc.  
652 av DeQuen, Sept-Îles, G4R 2R5  
418-968-2507 / direction@epilepsiecn.com  
www.epilepsiecotenord.com

\_\_\_\_\_  
*Signature*

MERCI POUR VOTRE CONTRIBUTION