



Association de l'ouïe de l'Outaouais
15 rue du Sommet
Gatineau (Québec) J8Z 3M2
Téléphone : (819) 777-6767
Courriel : adoo@adoo.ca

Formulaire d'adhésion

(Cotisation annuelle 10\$ et cotisation familiale 20\$: s.v.p. faire le chèque au nom de l'ADOO)

Nom : _____

Adresse postale : _____

Tél. : Domicile : _____ Voix ATS
Travail : _____ Voix ATS

Adresse courriel : _____

- Je suis malentendant(e).
- Je suis une personne devenue sourde.
- Je suis une personne sourde.
- J'ai des acouphènes.
- Je suis parent d'un enfant ayant une déficience auditive ou un conjoint, tuteur, curateur, représentant une personne ayant une déficience auditive.
- J'œuvre dans le domaine de la déficience auditive.
- Je ne présente pas un des éléments ci-dessus, mais je veux appuyer les objectifs de l'ADOO.

J'inclus ma cotisation de :

- 10\$ par personne / 20\$ par famille.
- J'inclus un don de : _____ \$
- Je désire obtenir un reçu pour fin d'impôt.

Signature : _____

Date : _____