

FICHE D'INSCRIPTION

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

VILLE: _____

CODE POSTAL : _____

TÉLÉPHONE : _____

COURRIEL : _____

DATE DE NAISSANCE: _____

Je m'inscris en tant que membre

Régulier _____ 5 \$
Parents d'enfants handicapés visuels _____ 5 \$
Je désire renouveler plus d'un an 5\$ x ___ (OPTIONNEL)
(Doit être une personne handicapée visuelle
reconnue par la RAMQ)

Sympathisant _____ 7 \$
Je désire renouveler plus d'un an 7\$ x ___ (OPTIONNEL)
(Ami(e) et autres)

Associatif _____ 25 \$
(Pour les associations)

Je désire recevoir ma correspondance:

En gros caractère : _____

En braille : _____

En audio : _____

En format électronique : _____

**Retourner la fiche d'inscription et votre paiement au
RPHV (03-12) 400, boul. Jean-Lesage, bureau 070
Québec (Québec) G1K 8W1**