



**Association  
des implantés cochléaires  
du Québec**

Site Internet : <http://www.aicq-implant.org>

## FORMULAIRE D'ADHÉSION / MEMBERSHIP FORM

Renouvellement : <input type="checkbox"/>	- ou -	Nouvelle adhésion : <input type="checkbox"/>
Membre régulier : <input type="checkbox"/> (personne implantée)	- ou -	Membre sympathisant : <input type="checkbox"/> (toute autre personne)
Nom : _____		
Adresse : _____		
Ville : _____		Code postal : _____
Téléphone : Dom. : _____		Bur. : _____
Courriel : _____		
Cotisation de <b>25\$</b> jointe : Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>
Signature : _____		Date : _____

Renewal: <input type="checkbox"/>	- or -	New membership: <input type="checkbox"/>
Regular member: <input type="checkbox"/> (cochlear recipient)	- or -	Sympathising member: <input type="checkbox"/> (other person)
Name: _____		
Address: _____		
City: _____		Zip code: _____
Phone: home: ( ) _____		Work: ( ) _____
E-Mail: _____		
Subscription of <b>25\$</b> enclose with the form: Yes <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
Signature: _____		Date : _____

Retourner le formulaire avec votre paiement à - Please return this form and money at :

**AICQ**  
**5100, rue des Tournelles, bureau 130**  
**Québec (Québec) G2J 1E4**

*Merci de nous soutenir !*

*Thanks for your support !*