



## FORMULAIRE D'ADHÉSION

### **LES AMIS DE LA SANTÉ MENTALE, BANLIEUE OUEST**

750, avenue Dawson, Dorval, QC H9S 1X1  
Tél. (514) 636-6885 / Téléc. (514) 636-2862  
Courriel : asmfmh@qc.aira.com  
Site Web : www.asmfmh.org

Date : \_\_\_\_\_

- Renouvellement**
- Nouveau membre**

Nom : M \_\_\_\_\_

Mme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (rés.) \_\_\_\_\_

(bur.) \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

- Cotisation \$20.00
- Vous pouvez devenir membre gratuitement si vous avez un budget limité.*

Être membre de l'association donne accès à tous nos services: consultation, répit, conférences, groupes de soutien, ateliers de discussion, bulletin de nouvelles, etc. Nos membres peuvent aussi profiter de la bibliothèque et vidéocassettes traitant de divers aspects de la maladie mentale. Votre appui nous permet de défendre les droits de personnes atteintes de maladie mentale et de leurs proches. Faites nous parvenir votre formulaire complété et votre chèque sans tarder.

#### MEMBRE

- J'ai un proche qui a une maladie mentale

#### MEMBRE AFFILIÉ

- Je suis une personne atteinte
- Intervenant(e) ou organisme en santé mentale
- J'ai un intérêt particulier en santé mentale

Préférez-vous recevoir votre correspondance

- en français       en anglais

Don \_\_\_\_\_

- Reçu d'impôt pour don seulement
- Je préfère que mon nom ne soit pas sur notre liste de remerciements



## MEMBERSHIP FORM

### **FRIENDS FOR MENTAL HEALTH, WEST ISLAND**

750 Dawson Ave., Dorval, QC H9S 1X1  
Tel. (514) 636-6885 / Fax: (514) 636-2862  
Email: asmfmh@qc.aira.com  
Website: www.asmfmh.org

Date: \_\_\_\_\_

- Renewal**
- New Member**

Name: Mr. \_\_\_\_\_

Ms. \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_

Postal Code \_\_\_\_\_

Telephone (home) \_\_\_\_\_

(work) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

- Membership \$20.00
- Complimentary membership is available for those on limited income.*

Membership entitles you to all our services: counselling, respite, conferences, meetings, discussion and support groups, the newsletter, etc. Your membership also entitles you to borrow books and videos. Your support gives you the family and us, the association, a voice to champion, promote and lobby on behalf of those experiencing mental health problems. Don't delay! Mail your completed membership form with your cheque.

#### MEMBER

- I have a loved one with a mental illness

#### AFFILIATED MEMBER

- I have a mental illness
- Mental health worker or organization
- I have a special interest in mental illness

Preference of correspondence

- English       French

Donation \_\_\_\_\_

- Income tax receipt only for donation
- I would prefer that my name would not appear on our thank you list