



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 pour trouver livres 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

Préférez-vous recevoir votre correspondance

en français en anglais

Don _____ Reçu d'impôt



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

Preference of correspondence

English French

Donation _____ Income tax receipt