**Formulaire d’enregistrement-Membre**

1er avril 2020 au 31 mars 2021

**Coordonnées**

|  |
| --- |
| Nom : |
| Prénom : |
| Adresse postale : |
|  |
| Numéro de téléphone : |
| Adresse courriel : |

**Quel est votre lien avec l’organisme Intégration TSA (ITSA) ?**

* Participant de l’organisme,
* Parent ou représentant légal d’un participant chez ITSA,
* Parent ou représentant légal d’un travailleur d’exception,
* Citoyen touché par la cause de l’autisme sur le territoire de la Capitale-Nationale,
* Représentant du milieu communautaire et institutionnel partenaire d’ITSA,
* Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date  Signature