** Formulaire**

**D’enregistrement-Membre**

1er avril 2023 au 31 mars 2024

**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 responsable légal d’un participant,

[ ]  Citoyens touchés par la cause de l'autisme.

Date. Signature