** 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