

# Formulaire d'adhésion 2019-2020

Valide de avril 2019 à mars 2020

105-240, boul. Centrum Orléans (ON) K1E 3J4

[sfoautisme@gmail.com](mailto:sfoautisme@gmail.com) [www.sfoautisme.org](http://www.sfoautisme.org)



## Devenir membre de la SFOA

**La Société franco-ontarienne de l'autisme vise à répondre aux besoins de la personne ayant un trouble du spectre de l'autisme et de sa famille, et cela afin de promouvoir leur bien-être et leurs intérêts.**

Je désire m'inscrire à titre de membre de la Société franco-ontarienne de l'autisme.

Nouvelle adhésion

Renouvellement

Membre du Regroupement  
Autisme Prescott-Russell

Nom de famille :		Prénom :	
Courriel :		Téléphone :	
Nom du conjoint(e) : <small>(doit résider à la même adresse)</small>			
Courriel :		Téléphone :	
Adresse postale :			
Ville :		Code postal :	

*En m'inscrivant comme membre, j'accepte que la Société franco-ontarienne de l'autisme me fasse parvenir régulièrement des renseignements sur l'autisme, sur les services / programmes et soutiens disponibles dans la communauté ainsi que la formation qui pourrait être offerte. Mon abonnement me donne droit de vote lors de l'Assemblée générale annuelle. Mes coordonnées seront ajoutées à la liste d'envoi, mais ne seront partagées en aucun temps, ni sous aucune circonstance, sans ma permission.*

**J'INCLUS MA COTISATION ANNUELLE DE 10\$**

Je suis :	
<input type="checkbox"/> Un parent d'un enfant / adulte atteint d'autisme	Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____ École fréquentée : _____
<input type="checkbox"/> Un adulte sur le spectre de l'autisme	<input type="checkbox"/> Un individu intéressé à la cause
<input type="checkbox"/> Un(e) professionnel(le) de la communauté	Profession : _____ Adresse : _____
<input type="checkbox"/> Un(e) représentant(e) d'un organisme	Nom de l'organisme : _____ Adresse : _____

*Je reconnais que le fait d'être inscrit à titre de membre de la **Société franco-ontarienne de l'autisme** ne me donne pas le droit de m'exprimer en son nom.*

## Formulaire d'adhésion 2019-2020

**Prise de photos :** La Société franco-ontarienne de l'autisme (SFOA) fait souvent la promotion de ses programmes et de ses activités au grand public. Pendant ses programmes et ses activités la Société franco-ontarienne de l'autisme souhaite prendre des photographies des participants. La SFOA désire utiliser ces photographies à des fins promotionnelles, dans les rapports annuels de programmes, dans le dépliant de la SFOA, dans des documents imprimés et électroniques, tel que sur le site Web (<http://sfoautisme.org>) et les réseaux sociaux (Facebook).

La SFOA se conforme à la *Loi sur l'accès à l'information et à la protection de la vie privée*. Il se peut que l'on reconnaisse votre enfant ou votre famille dans les photographies. Soyez assuré qu'en aucun temps et pour aucune raison allons-nous publier ou partager votre nom, le nom de votre enfant, ni vos informations personnelles. Par ce formulaire nous souhaitons obtenir votre consentement pour que la SFOA utilise les photographies dans ses documents promotionnels imprimés ou électroniques, y compris l'Internet.

**JE RECONNAIS** que les photographies où l'on pourrait reconnaître mon enfant ainsi qu'un membre de ma famille feront l'objet d'une diffusion potentielle dans le matériel promotionnel imprimé ou électronique, incluant le site Web et les réseaux sociaux de la Société franco-ontarienne de l'autisme.

**J'AUTORISE** la Société franco-ontarienne de l'autisme à utiliser, publier, transmettre, distribuer, afficher et exposer les photographies, les enregistrements vidéos ou audio où l'on pourrait reconnaître un membre de ma famille dans ces documents, publications, productions et publicités, ou encore sur le site Web, les sites de médias sociaux ou d'autres publications actuelles ou futures, le tout sans m'envoyer d'avis ou sans me demander d'approuver les photographies ou enregistrements vidéo ou audio dans leur forme finale.

**JE CONFIRME AVOIR LU ET COMPRIS** le présent formulaire de consentement.

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du parent / tuteur (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Date

**Signature du parent / tuteur :** \_\_\_\_\_

### Bénévolat

*Afin d'augmenter la transparence et d'assurer une ouverture envers nos membres et partenaires, le Conseil d'administration met sur pied une variété de comités dans lesquels on sollicite votre participation. Si cela vous intéresse vous pouvez communiquer par courriel au [sfoautisme@gmail.com](mailto:sfoautisme@gmail.com)*