

*Veillez remplir le formulaire du mieux que vous pouvez, et cochez tout ce qui vous concerne.*

INDIVIDU Prénom: \_\_\_\_\_ Surnom: \_\_\_\_\_

(le cas échéant) ORGANIZATION Name: \_\_\_\_\_

Personne contacte: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

Adresse postale: \_\_\_\_\_ No d'apt.: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province/Territoire/État: \_\_\_\_\_ Code postal/Zip: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_  Pas de courriel

Je suis sur  Facebook  Twitter  Autres réseaux sociaux

Tél (maison): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cellulaire: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Langue préférée:  Français  Anglais

Compromis spécial requis: \_\_\_\_\_

Je souhaite recevoir toutes les communications écrites par  Courriel (*Gratuit*)  
 Adresse postale  Les deux (*envoyer 10\$C pour frais de poste annuel*)

**TYPE D'ADHÉSION QUE JE DÉSIRE:**

**INDIVIDU, GRATUIT:** Personne avec la fibromyalgie au Canada ou États-Unis, ainsi et les membres de leur famille immédiate.

**AMI(E)S, don n'importe quel montant:** Personne qui croit en notre mission et veut soutenir notre cause.

**AFFILIÉ(E), 30.00\$/année:** organisme de bienfaisance national ou provincial qui avance le statu quo pour FM.

**ORGANIZATION, 30.00\$/année:** Fournit des ressources, des services et un soutien aux fibromyalgiens.

**Avez-vous été formellement diagnostiqué avec FM?**

OUI  NON  Pas applicable Si Oui, en quelle année? \_\_\_\_\_

**De quelles autres maladies chroniques souffrez-vous, le cas échéant?**  EM/SFC  SCM/SE  Douleur chronique

Trouble du sommeil  Diabète  syndrome du côlon irritable  Non applicable

Autre: \_\_\_\_\_

**Je suis présentement**  sur les prestations d'invalidité  sans emploi  médicalement retraité  une personne âgée   
un(e) étudiant(e)  travaille  temps plein  temps partiel  occasionnel  autre: \_\_\_\_\_

**Mes qualifications professionnelles:** \_\_\_\_\_

**Mes compétences:** \_\_\_\_\_

**Je suis intéressé à faire du bénévolat avec cette organisation**  Oui  Non  Incertain(e)  Appelez-moi pour discuter

**Si OUI, quels comités/travail vous intéressent?**  Comité d'organisation  Sensibilisation  Recherche  Éducation

Plaidoyer  activité de financement  Tenue de livres  Administration  Site internet  Parler en public  Bulletin

**Paiement de \_\_\_\_\_.00\$ pour**  Frais de member  Timbre-poste  Don

**Envoyé par**  Chèque  E-Transfer

♦ Chèque: Faire à l'ordre de "Fibromyalgia Association Canada" ♦ E-Transfers: Envoyer à admin@fibrocanada.ca

**Don:** Parce que nous ne sommes pas encore incorporés, nous ne pouvons pas émettre de reçus déductibles d'impôt

\_\_\_\_\_  
*Signature du demandeur*