



Association du syndrome de Sjögren inc.

706 rue Laurier, Bureau 100A, Beloeil, Québec, Canada J3G 4J6

Tél. : (514) 934-3666 Sans frais : 1 877 934-3666

Courriel : sjogrenquebec@gmail.com - Site Internet : sjogrens.ca

FORMULAIRE D'ADHÉSION POUR : 1 AN - 2 ANS - 3 ANS - 4 ANS - 5 ANS

1996 - 2024

Veuillez remplir ce formulaire et l'envoyer avec votre paiement par virement Interac à sjogrenquebec@gmail.com ou par chèque à l'adresse ci-dessus.

28 ans

Prénom: _____ Nom : _____

Adresse: _____ Téléphone: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Courriel: _____ N° de membre: _____

Je désire m'abonner à l'infolettre Renouvellement Nouvelle adhésion

Je suis atteint(e) du syndrome de Sjögren Je suis parent ou ami(e) d'une personne atteinte du SS

J'adhère pour: 1 an/30\$ 2 ans/50\$ 3 ans/70\$ 4 ans/85\$ 5 ans/100\$ _____ \$

Je désire recevoir le bulletin de l'Association: par la poste par courriel

Je désire faire un don à l'Association: 15\$ 25\$ 50\$ 75\$ 100\$ ou autre _____ \$

* Reçu déductible d'impôt pour tous les dons N° 89059 3734 RR0001. Votre cotisation n'est pas déductible d'impôt.

AUTORISATION :

J'autorise

Je refuse

J'autorise l'Association du syndrome de Sjögren à utiliser les photos où je serai susceptible d'apparaître dans ses publications. Il est à noter que ces photos ont pour seul objectif de montrer une activité en cours et non d'identifier un individu en particulier.

Signature: _____ Date: _____ \$

LE QUESTIONNAIRE SUIVANT EST FACULTATIF

TOTAL

Ces données sont indispensables à notre cause et seront utilisées à des fins statistiques et pour mieux connaître vos attentes. Elles sont confidentielles.

Je suis atteint(e) du S. de Sjögren¹: OUI* NON *Si oui, quand a-t-il été diagnostiqué? _____

D'après vous, à quelle date votre syndrome a-t-il débuté? _____

¹ Laquelle des formes : Primaire ou Secondaire ²

² Si secondaire de quelle(s) autre(s) maladie(s) arthritique(s) souffrez-vous?

• Polyarthrite rhumatoïde : OUI* NON *Si oui, quand a-t-elle été diagnostiquée? _____

• Lupus: OUI* NON * Si oui, quand a-t-il été diagnostiqué? _____

• Myosite : OUI* NON *Si oui, quand a-t-elle été diagnostiquée? _____

• Sclérodémie ³: OUI* NON *Si oui, quand a-t-elle été diagnostiquée? _____

³ Quelle forme : Systémique (CREST) ou Diffuse

• Phénomène de Raynaud : OUI* NON * Si oui, quand a-t-il été diagnostiqué? _____

• Autre atteinte : _____ * Si oui, quand a-t-elle été diagnostiquée? _____

Qu'attendez-vous de l'Association? Qu'aimeriez-vous y trouver en particulier? _____