

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

1996 - 2025

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.

30 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) de la maladie de Sjögren ☐ Je suis parent ou ami(e) d'une personne atteinte du SD ☐

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: _____ \$

TOTAL

LE QUESTIONNAIRE SUIVANT EST FACULTATIF

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 Sjögren¹: OUI* ☐ NON ☐ *Si oui, quand a-t-il été diagnostiqué(e)? _____

D'après vous, à quelle date votre maladie a-t-elle débuté? _____

¹ Laquelle des formes : Primaire ☐ ou Secondaire ou associée 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? _____

• Sclérodermie 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? _____