



FORMULAIRE D'ADHÉSION
2025-2026

Soutien à l'entourage des personnes vivant avec un trouble de santé mentale

Votre adhésion contribue au maintien et à l'amélioration des services aux membres de l'entourage des personnes vivant avec un trouble de santé mentale. Merci de soutenir la mission de L'Ancre!

Je souhaite adhérer à L'Ancre et j'inclus ma contribution de 10 \$.

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Tél. rés. : _____ Tél. cell. : _____

Courriel : _____ Année de naissance (facultatif) : _____

- ☐ Je souhaite être informé des différentes activités offertes par l'organisme et j'accepte de recevoir le bulletin mensuel L'Ancrrier.
- ☐ Par la poste ☐ Par courriel : _____
adresse courriel
- ☐ Je ne veux pas recevoir les communications de L'Ancre.
- ☐ À mon adhésion, je souhaite ajouter un don de _____ \$. J'aimerais recevoir un reçu pour fins d'impôt (10 \$ et plus, excluant le montant de l'adhésion).

Retournez votre formulaire et adressez votre paiement/don à L'Ancre

Par la poste : **182, av. de la Fabrique, Suite 103, Montmagny, Québec, G5V 2J8**

Par courriel : **info@lancre.org**

► Les paiements par virement Interac sont également possibles en utilisant l'adresse **info@lancre.org**

Abonnez-vous à notre page Facebook, Instagram ou notre chaîne YouTube : @lancre soutien entourage

Site Web : lancre.org

Prenez note que l'adhésion est valide du 1^{er} avril au 31 mars. Merci de votre appui !

- ☐ **Membre régulier** : Membre de l'entourage qui offre le soutien à une personne vivant un trouble de santé mentale.
- ☐ **Membre sympathisant** : Personne qui adhère aux objectifs de l'organisme sans être le soutien d'une personne vivant un trouble de santé mentale.

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :

Date d'adhésion : _____
année / mois / jour

Année financière : _____

☐ Chèque ☐ Comptant ☐ Virement