



**Montant annuel suggéré
pour les frais l'adhésion:
\$30.00**

* Les frais l'adhésion sont
distribués au famille affectés
par AMS.

Méthode de payment

Cheque

Mandat postal

VISA

MasterCard

Montant inclu/à payer
\$ _____

Carte de crédit #

Date d'expiration:

Le nom inscrit sur la carte:

Signature:

Nom de famille _____

Adresse courriel _____

Adresse postale _____

Ville, Province, Code Postal _____

Numéro de téléphone à la maison _____

Numéro de téléphone au travail _____

Numéro de téléphone cellulaire _____

Mère/Epouse/Tutrice légale _____

Address postale si differente de celle plus haut _____

Numéro de téléphone additionel _____

Père/Epoux/Tuteur légal _____

Address postale si différente de celle plus haut _____

Numéro de téléphone additionel _____

Lien de parenté avec la personne affectée _____

Nom de la personne affectée _____

Sex: M/F, Date de Naissance _____

Type d'Artrophie Musculaire Spinale: 1, 2, 3 ou 4

Date du diagnostic _____

Date du décès s'il y a lieu _____

Autres personnes qui ne sont pas affectés par AMS
(frère, soeur, enfants, parents)

Nom _____ M/F DOB _____

Nom _____ M/F DOB _____

Nom _____ M/F DOB _____

Pouvons-nous ajouter votre nom à notre liste de famille? Oui/Non