



Association du syndrome de Sjögren inc.

3155 Hochelaga, Bureau 001, Montréal, Québec, Canada H1W 1G4

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

Courriel : sjogrenquebec@gmail.com

ADHÉSION ANNUELLE (1 AN) OU BISANNUELLE (2 ANS)

Faire parvenir le formulaire avec votre paiement par chèque à l'ordre de :
l'Association du syndrome de Sjögren à l'adresse ci-haut mentionnée.

Prénom : _____ Nom : _____

Prénom : _____ Nom : _____

ADHÉSION AVEC CONJOINT(E)

Adresse: _____ Téléphone: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Courriel: _____ n° de membre: _____

Adhésion pour l'année : _____ Renouvellement Nouvelle adhésion

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

Je joins mon **adhésion ordinaire à titre individuel** : 30\$/1 an 50\$/2 ans _____ \$

Je joins mon **adhésion ordinaire avec conjoint(e)** : 45\$/1 an 80\$/2 ans _____ \$

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

DON Bienfaiteur 50\$ Parrain 100\$ ou plus _____ \$

Un reçu pour fin d'impôt est émis automatiquement pour tous les dons de 15\$ et plus. N° 89059 3734 RR0001

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 S. 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 Secondaire²

² Si secondaire de laquelle des autres formes d'arthrite 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? _____

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

•Sclérodermie³: OUI* NON *Si oui, quand a-t-elle été diagnostiquée? _____

³ Quelle forme : Limitée CREST Diffuse

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

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

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