

Cher parents, intervenants, partenaires,

Vous avez démontré un intérêt à connaître ou à devenir membre d'**Autisme Montréal**. Voici donc l'information qui sera pertinente pour vous. En devenant membre, vous contribuez à l'amélioration des services déjà offerts et à l'élaboration de nouveaux projets. Que vous soyez un membre depuis déjà plusieurs années ou que vous veniez d'y adhérer, les services offerts par Autisme Montréal sont les mêmes.

- Un service d'écoute et d'accompagnement :
 - ⇒ Support et écoute suite à un nouveau diagnostic.
 - ⇒ Explication des demandes de services ou de subventions auprès de différents organismes;
 - ⇒ Aide suite à une situation problématique (école, famille, etc.)
- Un service de gardiennage et d'accompagnement;
- Un service de répit de fins de semaine à «La Maissonette »;
- Des camps résidentiels pour la période de Noël, un camp de jour pour la semaine de relâche scolaire;
- Un service de répit estival (camp de jour), volet « Bergamote » (3-15 ans) volet « Rock-Camp-Bol » (14-24 ans) et volet « Wasabi » (TGC/besoins particuliers);
- Des cours de natation;
- Un centre de documentation;
- Un groupe de rencontres « TSA sans DI » :
 - ⇒ Entraide, sorties, café-rencontres et activités entre personnes ayant un trouble envahissant du développement sans déficience intellectuelle;
 - ⇒ Ateliers de développement d'habiletés sociales.
- Des journaux biannuels « L'Image » et « Quoi de neuf... TEDDI? »; *
- Des conférences, ateliers et soirées d'information.

Si vous désirez de plus amples informations, vous pouvez également nous rendre visite entre 9h00-12h00 et 13h00-16h30 au 4450 rue Saint-Hubert, local 320, Montréal, QC, H2J 2W9. Prière de prendre rendez-vous au 514 524-6114 avant de vous déplacer, le tout dans le but de vous offrir un meilleur service.

Au plaisir de vous rencontrer,
Chantal Pivin, secrétaire administrati

ADHÉSION

Nom :		Prénom :		M ^{me} <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/>	
Nom de l'établissement (intervenants, professionnels et membres corporatifs) :					
Adresse :					
Code postal :			Courriel :		
Téléphone :			Télécopieur :		
Familles et Membre corporatif 120\$ <input type="checkbox"/>		Personnes TED 30\$ <input type="checkbox"/>		Étudiants 30\$ <input type="checkbox"/>	
Intervenants et Professionnels 55\$ <input type="checkbox"/>			Individus et Autres 55\$ <input type="checkbox"/>		
Nom de l'enfant :			Date de naissance : jour ____ mois ____ année ____		
Mode de paiement :		Chèque <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Amex <input type="checkbox"/> Comptant <input type="checkbox"/>			
# de carte :			Date d'expiration : ____ / ____		

Obligatoire : Je consens à recevoir votre correspondance par courriel. Oui Non