

FORMULAIRE D'ADHÉSION

(S.V.P. écrire en lettres moulées)

FAMILLE DE LA VICTIME

Nom :

Prénom :

Nom de l'organisme ou de l'entreprise :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Province :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

RENSEIGNEMENTS SUR LA VICTIME

Homicide

Disparition

Date de l'événement :

Nom :

Prénom :

Âge :

Lien de parenté :

Corps retrouvé : Oui Non

Viol : Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR L'AGRESSEUR

| | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Arrestation | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | |
| Nom : | | | |
| Prénom : | | | |
| Âge : | | | |
| Lien de parenté : | | | |
| Connu de la victime : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Récidiviste : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Liberté conditionnel : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Probation : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais pas <input type="checkbox"/> |
| Personne psychiatisée : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Ne sais pas <input type="checkbox"/> |

PROCESSUS JUDICIAIRE

Chef (s) d'accusation :

| | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Enquête préliminaire terminée : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Plaidoyer de culpabilité négocié : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Procès terminé : | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Sentence :

Date du début du terme :

Commentaires :

FRAIS D'ADHÉSION

Pour les membres des familles directement concernées par l'assassinat ou la disparition d'un des leurs proches, votre adhésion à l'AFAPD est gratuite et votre contribution financière est volontaire.

Pour les organisations et les entreprises, des frais annuels d'adhésion de 50.00 \$ sont exigés.

MODE DE PAIEMENT

Chèque à l'ordre de l'AFPAD

VISA

MasterCard

J'autorise l'AFPAD à débiter ma carte de crédit du montant de \$.

Nom du détenteur de la carte :

Numéro de carte de crédit :

Date d'expiration (mois/année) : /

Code de vérification* :

*Le code de vérification pour Visa et MasterCard est un numéro à 3 chiffres imprimé à l'arrière de votre carte.

Signature :

Un reçu officiel aux fins d'impôt sera remis pour un don de 10.00\$ et plus.

Toute information sera traitée confidentiellement conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels.

Poster votre formulaire d'adhésion à l'adresse suivante :

AFPAD, 6540, rue Beaubien Est, bureau 300D, Montréal (Québec) H1M 1A9

Organisme de bienfaisance no : 83046 1141 RR 0001