

FORMULAIRE D'ADHÉSION



TYPE DE MEMBRE (COCHER) (A COMPLÉTER POUR TOUS LES MEMBRES)

1-Personne handicapée *Parent ou tuteur indiquer le nom et la date de naissance de l'enfant

2-Parent*

3-Ami Nom : _____ Prénom : _____

4-Association ou organisme Date de naissance _____

5-Entreprise gens d'affaires _____

Jour Mois Année

HANDICAP (PRÉCISER)

INFORMATIONS PERSONNELLES (A COMPLÉTER POUR TOUS LES MEMBRES)

Nom _____ Prénom _____ Nom à la naissance _____

Adresse permanente _____ N° appartement _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ - _____

Téléphone domicile () - - Adresse électronique _____

Téléphone travail () - - Cellulaire () - -

AUTRE ADRESSE S'IL Y A LIEU (A COMPLÉTER POUR PERSONNE HANDICAPÉE)

Adresse _____ N° appartement _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ - _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES (A COMPLÉTER POUR PERSONNE HANDICAPÉE)

Date de naissance _____ Numéro d'assurance maladie _____

Jour Mois Année

Sexe M F Numéro de transport adapté _____

TYPES DE RÉSIDENCE (COCHER) (A COMPLÉTER POUR PERSONNE HANDICAPÉE)

Logement <input type="checkbox"/>	Foyer de groupe <input type="checkbox"/>	Coopérative d'habitation <input type="checkbox"/>
Parent <input type="checkbox"/>	Centre de réadaptation <input type="checkbox"/>	H.L.M. <input type="checkbox"/>
Famille d'accueil <input type="checkbox"/>	Milieu hospitalier <input type="checkbox"/>	Propriétaire <input type="checkbox"/>

Résidence, foyer, institution _____

Responsable _____

Téléphone _____ Courriel _____

ÉTAT CIVIL (COCHER) (A COMPLÉTER POUR PERSONNE HANDICAPÉE)

Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié (e) <input type="checkbox"/>	Veuf (ve) <input type="checkbox"/>
Séparé (e) <input type="checkbox"/>	Divorcé (e) <input type="checkbox"/>	Conjoint (e) de fait <input type="checkbox"/>

Suite au verso

FORMULAIRE D'ADHÉSION



OCCUPATION (COCHER) (A COMPLÉTER POUR PERSONNE HANDICAPÉE)

Étudiant (e) Au travail Travail partagé
Assurance-emploi Aide-sociale À la maison

AUTRE (PRÉCISER) _____

DERNIER NIVEAU DE SCOLARITÉ COMPLÉTÉ (COCHER) (A COMPLÉTER POUR PERSONNE HANDICAPÉE)

Primaire Secondaire Collégial Universitaire

TYPES DE MOBILITÉ (COCHER) (A COMPLÉTER POUR PERSONNE HANDICAPÉE)

1 – Ambulant 2 – Fauteuil roulant manuel
3 – Fauteuil roulant motorisé 4 – Prothèse ou appareils

AUTRE (PRÉCISER) _____

AIDE NÉCESSAIRE (COCHER)(A COMPLÉTER POUR PERSONNE HANDICAPÉE)

1- Accompagnateur 2 – Aide technique Spécifier : _____

AUTRE
(PRÉCISER) _____

TYPE DE COMMUNICATION (COCHER)(A COMPLÉTER POUR PERSONNE HANDICAPÉE)

Parlé Gestuel Non verbal Appareil de communication

AUTRE (PRÉCISER) _____

Signature _____

Date _____

Veillez retourner le formulaire complété, accompagné d'un chèque de 10,00\$, payable à l'ordre de l'Association de paralysie cérébrale du Québec Inc. à l'une des adresses suivantes :

Association de paralysie cérébrale du Québec Inc.

**Succursale St-Jean
870, Curé St-Georges
Bureau 213
St-Jean-sur-Richelieu, QC
J2X 2Z8**

L'ASSOCIATION VOUS REMERCIE D'AVOIR COMPLÉTÉ CES RENSEIGNEMENTS