

# 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 \_\_\_\_\_

Adresse permanente \_\_\_\_\_ N° appartement \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone domicile \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

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 Foyer de groupe Coopérative d'habitation

Parent Centre de réadaptation H.L.M.

Famille d'accueil Milieu hospitalier Propriétaire

Résidence, foyer, institution \_\_\_\_\_

Responsable \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

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

Célibataire Marié (e) Veuf (ve)

Séparé (e) Divorcé (e) Conjoint (e) de fait

# 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 nous retourner le formulaire rempli par la poste ou par courriel et acquitter le frais de 10\$**

### **Paiement:**

Par chèque de 10\$ libellé à Association de paralyse cérébrale du Québec et posté à l'adresse ci-dessous  
**ou**

Par carte de crédit sur notre site internet <http://paralysiecerebrale.com/carte-de-membre/>

**Association de paralyse cérébrale du Québec  
Succursale St-Jean  
870, Curé St-Georges Bureau 213  
St-Jean-sur-Richelieu, QC J2X 2Z8**