

# Le Périscope

Association des familles et des proches des personnes  
atteintes de maladie mentale du Centre Mauricie et Secteur Mékinac

Année :

## Formulaire d'adhésion

Numéro de carte : \_\_\_\_\_

Date d'adhésion : \_\_\_\_\_ →

Effective jusqu'au : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ **Courriel** : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : \_\_\_\_\_ Téléphone 2 : \_\_\_\_\_

Voulez-vous recevoir de la correspondance ? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Vous êtes référé(e) par : \_\_\_\_\_

NOM DE L'INSTITUTION OU DE LA PERSONNE

### **Catégorie de membre :**

(  ) Membre régulier

Toute personne qui a un proche atteint de maladie mentale

dans la famille ou comme ami. Doit habiter le territoire ou **exceptionnellement** habiter un autre territoire et être acceptée par le conseil d'administration

(  ) Membre affilié

Toute personne qui adhère à la mission et aux objectifs de la corporation, résider sur le territoire et être acceptée par le conseil d'administration.

### **Coordonnées concernant la personne atteinte de maladie mentale :**

La personne atteinte de maladie mentale, est votre :

(  ) Fils ou Fille (  ) Père ou Mère (  ) Frère ou Sœur (  ) Conjoint (e)

(  ) Proches, amis (  ) Autre lien de parenté (  ) Famille d'accueil

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : F M

Ville : \_\_\_\_\_ Nombre d'hospitalisations : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_ Depuis quand : + ou- \_\_\_\_\_ (s)

Lieu de résidence: (  ) Avec ses parents (  ) En famille d'accueil (  ) avec conjoint

(  ) En appartement (  ) En loyer supervisé (  ) Autre : \_\_\_\_\_