

## ADHÉSION OU RENOUELEMENT CARTE DE MEMBRE 2019-2020

Veuillez remplir ce formulaire et nous le retourner accompagné de votre paiement d'ici le **31 mars 2019**.

### COORDONNÉES DE L'ADHÉRANT :

ADHÉSION : <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT : <input type="checkbox"/>		DATE : _____
Type de membre : Membre actif : <input type="checkbox"/> Membre affilié : <input type="checkbox"/> <small>(si membre actif, remplir la section sur la personne ayant une problématique en santé mentale)</small>		
Nom : _____		
Adresse : _____		
Ville : _____		Code postal : _____
Téléphone : _____		Cellulaire : _____
Courriel : _____		Date de naissance : _____
Désirez-vous être informé par courriel des activités à venir ?		OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>
Lorsque nous communiquons par téléphone, acceptez-vous que nous laissions un message sur le répondeur ?		OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>
Lors d'activité, acceptez-vous d'être pris en photo et, le cas échéant, que nous utilisions l'image pour promouvoir l'organisme ?		OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>
Si vous avez un conjoint ou une conjointe, cette personne demande-t-elle à être membre de l'organisme ?		OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>
Nom de la personne : _____		Date de naissance : _____
Courriel : _____		Téléphone : (si différent) _____

### INFORMATION SUR LA PERSONNE VIVANT AVEC UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

#### **PERSONNE 1 :**

Cochez le lien que vous avez avec cette personne :

Fils ou fille :  Père :  Mère :  Frère ou sœur :  Proches, amis :  conjoint(e) :

Nom : \_\_\_\_\_ Son âge : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Cette personne vit : en logement  avec moi  en résidence  autre  : \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_ Date de la dernière hospitalisation : \_\_\_\_\_

#### **PERSONNE 2 :**

Cochez le lien que vous avez avec cette personne :

Fils ou fille :  Père :  Mère :  Frère ou sœur :  Proches, amis :  conjoint(e) :

Nom : \_\_\_\_\_ Son âge : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Cette personne vit : en logement  avec moi  en résidence  autre  \_\_\_\_\_

Diagnostic : \_\_\_\_\_ Date de la dernière hospitalisation : \_\_\_\_\_

En foi de quoi je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, atteste que les renseignements ci-dessus sont véridiques, faute de quoi, je verrai ma carte de membre révoquée.

Signature : \_\_\_\_\_

J'inclus la somme de : \_\_\_\_\_ \$ pour ma carte de membre, ainsi que la somme de \_\_\_\_\_ \$ pour effectuer un don. Un reçu aux fins d'impôts sera émis pour chaque don de 10\$ et plus.

Veuillez retourner ce formulaire à l'adresse suivante :

**Le PÉRISCOPE AFFPPAMM, 1530 avenue de Grand-Mère, Shawinigan, QC – G9T 2K1**