

## ADHÉSION OU RENOUELEMENT CARTE DE MEMBRE 2020-2021

Veuillez remplir ce formulaire et nous le retourner accompagné de votre paiement d'ici le **31 mars 2020**.

### 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

<b>PERSONNE 1 :</b>		
Cochez le lien que vous avez avec cette personne :		
Fils ou fille : <input type="checkbox"/> Père : <input type="checkbox"/> Mère : <input type="checkbox"/> Frère ou sœur : <input type="checkbox"/> Proches, amis : <input type="checkbox"/> conjoint(e) : <input type="checkbox"/>		
Nom : _____		Son âge : _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Cette personne vit : en logement <input type="checkbox"/> avec moi <input type="checkbox"/> en résidence <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> : _____		
Diagnostic : _____		Date de la dernière hospitalisation : _____
<b>PERSONNE 2 :</b>		
Cochez le lien que vous avez avec cette personne :		
Fils ou fille : <input type="checkbox"/> Père : <input type="checkbox"/> Mère : <input type="checkbox"/> Frère ou sœur : <input type="checkbox"/> Proches, amis : <input type="checkbox"/> conjoint(e) : <input type="checkbox"/>		
Nom : _____		Son âge : _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Cette personne vit : en logement <input type="checkbox"/> avec moi <input type="checkbox"/> en résidence <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> : _____		
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, 1671, avenue de Grand-Mère, Shawinigan, QC – G9T 2K2**