

FORMULAIRE D'ADHÉSION POUR BÉNÉFICIAIRE

F <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		Prénom :	
		Nom :	
Adresse :			
Ville :		Code Postal :	
Numéro(s) de téléphone Résidence : Cellulaire : Bureau : poste :		Origine ethnique : Afro-Américain/Noir <input type="checkbox"/> Amérindien <input type="checkbox"/> Asiatique, Hawaïen ou insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Caucasien/Blanc <input type="checkbox"/> Hispanique/Latino <input type="checkbox"/>	
Courriel :		Date de naissance (aaaa-mm-jj) :	
Langue correspondance/parlée(s) (Français/ Anglais) :			
AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE (photo)		Acceptation <input type="checkbox"/>	Refus <input type="checkbox"/>
<p>J'autorise le Centre de soutien entr'Aidants à utiliser et exploiter mon image de manière non commerciale dans le cadre de la promotion de ses services. Cette autorisation est valide pour la durée de vie des documents réalisés ou de l'organisme. En conséquence de quoi, je renonce à me prévaloir d'un droit à l'image et à toute action à l'encontre de l'organisme qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité.</p>			
Signature : _____		Date : _____ (aaaa/mm/jj)	
Type de bénéficiaire :			
Aidant <input type="checkbox"/> Ex-Aidant <input type="checkbox"/> Adulte (64 ans et -) <input type="checkbox"/> Aîné (65 ans et +) <input type="checkbox"/>			
Je demande à devenir MEMBRE BÉNÉFICIAIRE			CARTE : 10 \$
Je fais un DON au Centre de soutien entr'Aidants <input type="checkbox"/> Si don de plus de 10 \$ ➤ J'aimerais recevoir un reçu fiscal : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Je désire que mon don reste anonyme : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> N° d'enregistrement : 13820 1173 RR0001			DON : _____ \$
Faire parvenir votre chèque libellé au Centre de soutien entr'Aidants ainsi que ce formulaire dûment rempli. Il est possible de payer en argent comptant sur place.			TOTAL : _____ \$
RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION			
Carte de membre Argent <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/>		DON Argent <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/>	
Date d'échéance :		Numéro du reçu pour fin d'impôt :	
Café-rencontre : jour <input type="checkbox"/> soir <input type="checkbox"/>		Coffee-Meeting <input type="checkbox"/>	

**FORMULAIRE DE MISE À JOUR DES INFORMATIONS
BASE DE DONNÉES ET STATISTIQUES**

***Si vous êtes aidant ou ex-aidant, la section suivante doit être remplie.**

Occupation :	
Retraité <input type="checkbox"/>	Emploi temps partiel <input type="checkbox"/> Emploi temps plein <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
➔ Vous êtes aidant depuis quelle année? (aaaa)	
Nom de l'aidé :	Lien avec l'aidant :
Incapacité/Condition de l'aidé :	L'aidé habite :
1-Maladie d'Alzheimer ou autre déficit cognitif <input type="checkbox"/>	Avec l'aidant <input type="checkbox"/>
2-Perte d'autonomie physique <input type="checkbox"/>	En résidence/CHSLD <input type="checkbox"/>
3-Atteintes combinées (cognitive et physique) <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
4-Vieillessement normal <input type="checkbox"/>	Date de naissance :
5-Non connu <input type="checkbox"/>	(aaaa-mm-jj)
6-Autre <input type="checkbox"/>	Si décédé, date de décès :
	(aaaa-mm-jj)

**** Si plus d'une personne aidée, remplir 2^e et 3^e (selon le cas).**

Nom de l'aidé (2) :	Lien avec l'aidant :
Incapacité/Condition de l'aidé :	L'aidé habite :
1-Maladie d'Alzheimer ou autre déficit cognitif <input type="checkbox"/>	Avec l'aidant <input type="checkbox"/>
2-Perte d'autonomie physique <input type="checkbox"/>	En résidence/CHSLD <input type="checkbox"/>
3-Atteintes combinées (cognitive et physique) <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
4-Vieillessement normal <input type="checkbox"/>	Date de naissance :
5-Non connu <input type="checkbox"/>	(aaaa-mm-jj)
6-Autre <input type="checkbox"/>	Si décédé, date de décès :
	(aaaa-mm-jj)
Nom de l'aidé (3) :	Lien avec l'aidant :
Incapacité/Condition de l'aidé :	L'aidé habite :
1-Maladie d'Alzheimer ou autre déficit cognitif <input type="checkbox"/>	Avec l'aidant <input type="checkbox"/>
2-Perte d'autonomie physique <input type="checkbox"/>	En résidence/CHSLD <input type="checkbox"/>
3-Atteintes combinées (cognitive et physique) <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
4-Vieillessement normal <input type="checkbox"/>	Date de naissance :
5-Non connu <input type="checkbox"/>	(aaaa-mm-jj)
6-Autre <input type="checkbox"/>	Si décédé, date de décès :
	(aaaa-mm-jj)

MAJ antérieure :