

Formulaire d'adhésion

Soutenez notre organisme en lui permettant de réaliser sa mission et vous joindre à notre association!

1) Informations personnelles

Votre vie privée est importante pour nous! Notre politique de confidentialité s'engage à respecter vos renseignements personnels et les conserver dans un environnement sécurisé. En fournissant ces informations, vous consentez à ce que nous recueillons vos données.

M. ☐ Mme. ☐ Langue de correspondance : Français ☐ Anglais ☐

Prénom : _____ Nom : _____

Téléphone 1 : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____ Adresse : _____

Pour la réception du bulletin électronique

Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____

Date de naissance : _____ État civil : _____

Jour / Mois / Année

Célibataire – conjoint(e) de fait – divorcé(e) – marié(e) – séparé(e) – veuf(ve)

Source de revenus : Emploi ☐ Assurance emploi ☐ Sécurité du revenu ☐ Sans soutien public ☐ SAAQ ☐ CSST/IVAC ☐ RRQ ☐

(Choix multiples possibles)

☐ Autre : _____

2) Informations liées au handicap

Êtes-vous une personne vivant avec un handicap? Oui ☐ Non ☐

Type de handicap : _____ Cause du handicap : _____

Si lésion médullaire, merci de compléter la partie 3

Numéro de SAAQ (s'il y a lieu): _____ Date de l'accident : _____

Aide à la mobilité : _____ Transport : _____

Béquilles – fauteuil manuel / motorisé – orthèse – marchette

Transport adapté – transport en commun – véhicule adapté

3) Informations liées à la réadaptation (si lésion médullaire)

Lieu de la phase 1 : ☐ ☐ ☐ ☐ _____
Hôpital : Sacré-Cœur Enfant-Jésus Général de Montréal Autre : _____

Date d'entrée : ____ / ____ / ____
Jour / Mois / Année

Lieu de la phase 2 : ☐ ☐
IRGLM IRDPQ

Date d'entrée : ____ / ____ / ____
Jour / Mois / Année

Lieu de la phase 3 : _____
Votre centre de réadaptation régional

Date d'entrée : ____ / ____ / ____
Jour / Mois / Année

Date : _____ Signature : _____