

Soutenez notre organisme en lui permettant d'avoir plus de poids pour améliorer le quotidien des personnes vivant avec une lésion médullaire et des personnes vivant avec un handicap à la recherche d'un emploi.

Nouveau membre Renouvellement Date d'échéance : _____
Numéro de membre : _____ (Réservé à l'administration)

Les catégories de membre

Membre régulier 1 an : 25 \$ 3 ans : 60 \$
Personne vivant avec une lésion médullaire

Membre associé 1 an : 25 \$ 3 ans : 60 \$
Personne vivant avec ou sans handicap (autre que la lésion médullaire)

Membre famille 1 an : 35 \$ 3 ans : 90 \$
Inscrivez-vous ainsi que votre famille. (Offre limitée pour une même adresse postale)

1) Informations personnelles (adhérent principal)

Notre politique de confidentialité s'engage à respecter les informations contenues dans ce document.

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) Autres adhérents (à remplir uniquement si vous choisissez le forfait famille)

Prénom : _____ Nom : _____

Si cette personne vit avec un handicap, cochez la case.

Date de naissance : _____ Lien avec l'adhérent principal : _____

Jour / Mois / Année

Conjoint – parent – enfant – frère – sœur

Prénom : _____ Nom : _____

Si cette personne vit avec un handicap, cochez la case.

Date de naissance : _____ Lien avec l'adhérent principal : _____

Jour / Mois / Année

Conjoint – parent – enfant – frère – sœur

Prénom : _____ Nom : _____

Si cette personne vit avec un handicap, cochez la case.

Date de naissance : _____ Lien avec l'adhérent principal : _____

Jour / Mois / Année

Conjoint – parent – enfant – frère – sœur

3) Informations professionnelles (adhérent principal)

Nom de l'entreprise : _____ Titre ou fonction : _____

Secteur professionnel : _____ Statut de l'emploi : _____

Temps partiel – temps plein – saisonnier – sur appel

4) Informations liées au handicap (adhérent principal)

Êtes-vous une personne vivant avec un handicap? Oui Non Veuillez passer à la rubrique 6.

Type de handicap : _____ Cause du handicap : _____

Si lésion médullaire, merci de compléter la partie 5

Date d'accident (s'il y a lieu): _____
Jour / Mois / Année

Numéro de SAAQ (s'il y a lieu): _____ Nom du conseiller SAAQ (s'il y a lieu): _____

Aide à la mobilité : _____ Transport : _____
Béquilles – fauteuil manuel / motorisé – orthèse – marchette Transport adapté – transport en commun – véhicule adapté

5) 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

6) Parrainage

Moelle épinière et motricité Québec applique une politique de soutien aux personnes à faibles revenus.

Souhaitez-vous parrainer une ou plusieurs adhésion(s)? Oui Non

Montant du don : 25 \$ 50 \$ 75 \$ 100 \$ Autre montant \$ _____
1 adhésion 2 adhésions 3 adhésions 4 adhésions Inscrivez le montant

Souhaitez-vous obtenir un reçu pour votre don? Oui Non

7) Type de paiement

Visa Mastercard Mandat de poste Chèque Comptant

Numéro de carte de crédit : _____ Date d'expiration : _____ CVV-----

Date : _____ Signature : _____