



FORMULAIRE D'ADHÉSION

Votre demande est à titre de : **Personne handicapée**

Membre associé

Masculin Féminin

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code Postal : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

Date de naissance : _____

Courriel : _____

Allergies : _____

Personne à contacter en cas d'urgence : _____ Tél. : _____

Référé par : _____

Membre du Regroupement : oui non

1 : Personne handicapée

A) Votre handicap : _____

B) Faites-vous usage d'appareil orthopédique? Oui Non

Si oui lequel ? Fauteuil roulant Déambulateur/marchette Canne Béquilles

Triporteur Quadriporteur Autre précisez: _____

D) Quels sont vos activités préférées? _____

2 : Personne membre associé

A) Quel est le motif de votre demande? _____

B) Êtes-vous disponible pour faire du bénévolat? _____

Le formulaire remis à : _____

Espace réservé au comité d'adhésion

Candidature : Acceptée : Refusée : Motif du refus : _____

Signature du représentant de l'organisme : _____ Date : ____/____/____