

Votre demande est à titre de : **Personne handicapée** **Membre aidant** **Membre familial**

Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Ville : _____
Code Postal : _____	Téléphone : _____
Cellulaire : _____	Date de naissance : _____
Courriel : _____	Allergies : _____
Personne à contacter en cas d'urgence : _____ Tél. : _____	
Référé par : _____	Membre de l'Envol ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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: _____

B) Si vous avez accès à un programme de subvention pour défrayer les coûts d'un accompagnateur, veuillez nous mentionner ce programme : _____

C) Quels sont vos activités préférées? _____

Quelles journées pensez-vous fréquenter le centre de jour ?

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

Êtes-vous membre d'une ou plusieurs autres organisations ou associations? (si oui, précisez)

2 : Personne membre aidant ou familial

A) Motif de votre demande : _____

B) Quelles sont vos disponibilités ? _____

Signature : _____ Date : ____/____/____

Le formulaire est remis à : _____

Espace réservé au comité d'adhésion

Candidature : Acceptée Refusée Motif du refus : _____

Certificat médical exigé

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