

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM
Si mariée, nom de fille	

ADRESSE PERMANENTE	
Domicile :	
Ville :	Code postal
AUTRE ADRESSE S'IL Y A LIEU	
Domicile :	
Ville :	Code postal

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE	
Domicile ( ) -	Travail ou autre ( ) -
Courriel : _____	

SEXE :	<input type="checkbox"/> FÉMININ	<input type="checkbox"/> MASCULIN
DATE DE NAISSANCE :		

NUMERO D'ASSURANCE MALADIE

AIDE (COCHER SI NÉCESSAIRE)
<input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Aide technique, spécifier _____
Autre (spécifier) : _____

OCCUPATION (COCHER SI NÉCESSAIRE)
<input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> Travail partagé <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Aide sociale <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> _____ Autre _____

TYPE DE RÉSIDENCE (COCHER)
<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Logement <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Foyer de groupe <input type="checkbox"/> Milieu hospitalier <input type="checkbox"/> HLM <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation <input type="checkbox"/> Coopérative d'habitation

TYPE DE MOBILITÉ (COCHER)
<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique <input type="checkbox"/> Prothèse ou appareils <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____

ÉTAT CIVIL (COCHER)
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait

TYPE DE COMMUNICATION (COCHER)
<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Non orale <input type="checkbox"/> S'exprime avec difficulté <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____

TYPE DE MEMBRE
<input type="checkbox"/> Ami/Parent <input type="checkbox"/> Association ou organisme <input type="checkbox"/> Entreprise, gens d'affaires, etc. <input type="checkbox"/> Personne handicapée (spécifier la déficience) : _____

### SIGNATURE DU DEMANDEUR

J'autorise les représentants des établissements de la santé ou des instances gouvernementales, les différents fournisseurs de biens et services de même que les représentants de la Ressource pour personnes handicapées Abitibi-Témiscamingue / Nord-du-Québec, à échanger les renseignements que ces derniers estimeront nécessaires à l'évaluation et au traitement de mes éventuelles demandes d'aide.

Signature :

Date :

### À L'USAGE EXCLUSIF DE LA RESSOURCE

Date de réception de la demande :

Acceptation par :

Date :

Vous pouvez faire votre adhésion directement en ligne :

[www.laressource.org/devenir-membre/formulaire-dadhesion/](http://www.laressource.org/devenir-membre/formulaire-dadhesion/)

OU

Veillez retourner le formulaire complété, accompagné d'un chèque ou argent au montant de 10,00 \$, payable à l'ordre de : **«Ressource pour personnes handicapées.»**

à l'adresse : 203-380, Av. Richard  
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 4L3

La Ressource vous remercie d'avoir complété ce formulaire. Ces renseignements nous seront grandement utiles.



## FORMULAIRE D'ADHÉSION

### À L'USAGE EXCLUSIF DE LA RESSOURCE

Numéro de membre

--	--	--	--	--	--	--	--