



ADHÉSION ANNUELLE

(Pour la période du 1^{er} avril 2024 au 31 mars 2025)

LES AMIS DE LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE RIVE-NORD

45, boulevard Industriel, suite 120

Repentigny (Québec) J6A 5R5

Tél. : (450) 585-3632 Service de surveillance (450) 585-3633

Courriel : info@lesamisdela.org

Site internet : www.lesamisdela.org – Suivez-nous sur FACEBOOK

Complétez les deux côtés de ce formulaire et le retourner à l'association
Les Amis **AVEC VOTRE PAIEMENT SELON VOTRE CATÉGORIE DE MEMBRE.**
Pour participer aux activités, il faut avoir payé votre adhésion.

Catégorie de membre :

Actif Personne vivant avec une déficience intellectuelle **(20,00 \$)**
 Père, mère, tuteur, fratrie **(20,00 \$)**

OU

Affilié Dirigeant de familles d'accueil **(20,00 \$)**
 Associations communautaires **(20,00 \$)**
 Institutions publiques, parapubliques ou privées **(35,00 \$)**
 Individus (*tout individu portant les préoccupations relatives aux personnes vivant avec une déficience intellectuelle*) **(20,00 \$)**

OU

Hors territoire Personne vivant avec une déficience intellectuelle **(20,00 \$)**

*Les membre de cette catégorie auront droits de participer aux danses.

Le coût d'adhésion **n'inclut pas** le prix d'entrée de 10 \$ (Payer directement à l'entrée)

**Ces membres n'ont pas le droit de vote lors des assemblées générales.

INFORMATION DU RESPONSABLE

Nom de la personne responsable : _____

Téléphone **d'urgence no 1** de la personne responsable:() _____

Téléphone **d'urgence no 2** de la personne responsable:() _____

Désirez-vous recevoir nos documents par courriel ? OUI NON

Votre adresse courriel : _____

Le membre est-il sur la curatelle ? Oui Non

Si oui, veuillez remplir les information ci-dessous.

Nom du curateur : _____

Téléphone : _____

Adresse courriel : _____

No de dossier : _____

INFORMATION DU MEMBRE

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____ Téléphone : _____

Genre : Féminin Masculin Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ EXP : _____

Veillez cocher les cases correspondantes pour chacune des questions suivantes :

Déficience Intellectuelle

Diagnostic principal inscrit au dossier : _____

Niveau de soutien lié à la déficience intellectuelle : Léger Moyen Sévère Profond

A-t-il (elle) un handicap physique ou autres déficiences associées ? : Oui Non

Spécifier : _____

(TSA, hyperactivité, TDAH, audition, langage, etc.)

Le membre a-t-il besoin d'accompagnement 1-1 : Oui Non

Milieu de vie

Famille naturelle En appartement Centre d'hébergement pour personnes âgé

Famille d'accueil Ne s'applique pas Autres _____

Intervenant(e) / travailleur(euse) social / éducateur(trice)

Nom : _____ Téléphone : _____

Établissement : _____

Souhaitez-vous être contacté pour notre programme du Service de surveillance ? : Oui Non

Pour les élèves du CSSAfluent de 12 à 21 ans ou 22 ans et plus (Place limité)

Souhaitez-vous être contacté pour notre programme d'accompagnement loisir ? : Oui Non

Consentement à la publication

Par la présente, nous autorisons **Les Amis de la Déficience Intellectuelle Rive-Nord** à photographier et/ou filmer et/ou publier sur les réseaux sociaux (**Nom du membre**) : _____ dans le cadre des activités.

J'accepte et comprends également que ce montage pourra être utilisé ultérieurement à des fins de diffusion et de promotion des services de **Les Amis de la Déficience Intellectuelle Rive-Nord**.

Signature de la personne autorisé

Date

Autorisation générale

Dans le cadre de sa mission, Les Amis de la Déficience Intellectuelle rive-Nord fait la promotion, la reconnaissance et la sensibilisation publique, auprès de ses membres, ses partenaires et du public.

Ainsi, j'accepte que Les Amis utilise certains renseignements personnels ainsi que l'utilisation de photos dans lesquelles j'apparait avec au moins une autre personne. L'utilisation de cette photo sera faite de manière généralisée sans identification directe personnalisée, afin de promouvoir la mission et les actions de l'association. Toute utilisation d'image ou de photos avec identification devra faire l'objet d'un autre consentement.

De plus, en vue d'intervenir le plus adéquatement possible, j'autorise le partage de certain renseignement personne (tel que mon nom) avec divers partenaires et collaborateurs. Donc, les Amis s'engage de manière responsable et confidentielle, à n'utiliser et partager que les renseignements personnels minimaux et nécessaire à une intervention au bénéfice de la personé qui donne son consentement.

Je reconnais également que les Amis utilise des services externes qui peuvent avoir accès à certains de mes renseignements. Par exemple, le service d'hébergement informatique, ou auprès de professionnels spécifiques comme les comptables professionnels agréés.

Si je n'accorde pas mon consentement aux dispositions énumérées ci-dessus, les Amis s'engage à discuter des accommodements à l'égard du soutien, des actions et des interventions possibles.

Signature : _____ Date : _____

Pour plus d'information sur nos programmes et nos services, n'hésitez pas à visiter notre site internet !
www.lesamisdelaadi.org

Vous pouvez aussi nous contacter par téléphone au **(450) 585-3632** ou par courriel au
info@lesamisdelaadi.org

À l'usage du bureau seulement

No de membre :

Montant payé : _____

Renouvellement Nouveau Pour l'année _____

Argent Chèque Virement Interac