



La Ressource

d'aide aux personnes handicapées
BAS-SAINT-LAURENT · GASPÉSIE · ÎLES-DE-LA-MADELEINE

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom _____ Prénom _____ Sexe : masculin féminin

Date de naissance : J/M/A _____ Adresse : _____

Ville : _____ Casier postal : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Adresse courriel : _____

Personne responsable (s'il y a lieu) : _____ Téléphone : _____

Type de handicap : _____

Type de mobilité	Type de communication	Type de résidence	État Civil	Occupation
<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Orale	<input type="checkbox"/> Logement	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Étude
<input type="checkbox"/> Fauteuil électrique	<input type="checkbox"/> S'exprime avec difficulté	<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Travail
<input type="checkbox"/> Fauteuil manuel	<input type="checkbox"/> Non orale	<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Chômage
<input type="checkbox"/> Prothèses	<input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Aide sociale
<input type="checkbox"/> Autre _____		<input type="checkbox"/> CHSLD	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Retraité
		<input type="checkbox"/> H.L.M		<input type="checkbox"/> Autre _____

Signature du demandeur ou du responsable : _____

Date : J/M/A _____

Veuillez retourner le formulaire complété, accompagné d'un chèque au montant de 10 \$ payable à La Ressource, à l'adresse mentionnée au bas de la page.

À L'USAGE EXCLUSIF DE LA RESSOURCE

Numéro du membre : _____

Date de réception de la demande J/M/A _____ Accepté par _____



La Ressource d'aide aux personnes handicapées
Bureau de Bonaventure
115, Avenue Louisbourg, suite 11, C.P. 5014
Bonaventure, QC, G0C 1E0
Téléphone : 418 534-5676
Télécopieur : 418 534-5677
coordobdc@laressource.tv