



## FORMULAIRE D'ADHÉSION

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Sexe : masculin  féminin  Date de naissance : J \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Casier postal : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : Domicile : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Bureau : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Personne responsable (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_ Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Type de handicap : \_\_\_\_\_

### Type de mobilité

- Ambulant
- Fauteuil électrique
- Fauteuil manuel
- Prothèses
- Autre \_\_\_\_\_

### Type de communication

- Orale
- S'exprime avec difficulté
- Non orale
- Autre \_\_\_\_\_

### Type de résidence

- Logement
- Parents
- Famille d'accueil
- CHSLD
- H.L.M
- Propriétaire

### État Civil

- Célibataire
- Marié(e)
- Conjoint(e) de fait
- Divorcé(e)
- Veuf (ve)

### Occupation

- Étude
- Travail
- Chômage
- Aide sociale
- Retraité
- Autre \_\_\_\_\_

Signature du demandeur ou responsable : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

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

**À L'USAGE EXCLUSIF DE LA RESSOURCE**

Numéro du membre : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No dossier : \_\_\_\_\_

Date de réception de la demande \_\_\_\_\_

Acceptation par \_\_\_\_\_

**Ressource d'aide aux personnes handicapées**

**Bas-Saint-Laurent/Gaspésie/les Îles**

7-B, 5<sup>e</sup> Rue C.P.323

Rimouski (QC) G5L 7C3

Téléphone : (418) 722-7233 / Fax : (418) 725-5438

Site internet : <http://www.laressource.tv>