

IDENTIFICATION

Je suis une personne ...

Sourde (LSQ)	Sourde (oraliste)
Malentendante	Devenue-sourde
Sourde-aveugle (Usher)	Avec implant cochléaire
Entendante	Avec appareil auditif

Je demeure dans la région des/de:

Laurentides	Lanaudière
Laval	Montréal
autre: _____	

Je suis :

adulte	proche-aidant
adulte-aîné (55 ans +)	étudiant
parent sourd d'un enfant sourd	
parent entendant d'un enfant sourd	
enfant de parent,s sourd,s (CODA)	

Ma date de naissance est le:

____ / ____ / ____
jour mois année

J'accepte que ma date d'anniversaire soit publiée dans le bulletin INFO-APPAL

OUI
NON

Je préfère recevoir le bulletin INFO-APPAL en format papier ou PDF seulement

PAPIER
PDF (voir sur site web)

Je suis conjoint,e d'un membre APPAL. Le nom de mon/ma conjoint,e est: _____

ALLERGIES:

COMMENT ME CONTACTER

Mes coordonnées:

Nom: _____
Prénom: _____
Adresse: _____

Code postal: _____

NOTE IMPORTANTE:

Tous les membres doivent nous aviser de leur changement d'adresse ou d'un changement dans leurs coordonnées pour les contacter. Merci beaucoup pour votre appui!

Téléphone SRV/Cell/ATS : _____
Courriel: _____
Fax: _____

Préférence de communication:

SRV	Courriel	FAX	ATS
Texto	Messenger		

JE PAIE MA COTISATION ANNUELLE = 10\$

en argent Date: ____ / ____ / ____
par chèque jour mois année

Signature : _____

AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ IMPORTANTS DE NOUS PARTAGER :

CONTACT EN CAS D'URGENCE:

Nom: _____
téléphone: _____

S.v.p. veuillez répondre à ces questions par oui ou non

- Travaillez-vous pour un autre organisme communautaire? oui non
- Êtes-vous bénévole sur le CA d'un autre organisme communautaire? oui non
- Travaillez-vous pour un organisme public (gouvernement)? oui non

- Êtes-vous élu,e ou nommé,e sur le CA d'un organisme public? oui non
- Avez-vous une entreprise qui offre des services ou produits aux personnes sourdes et malentendantes? oui non

POUR DEVENIR MEMBRE, VOUS DEVEZ SAVOIR CECI:

Il y a deux (2) catégories de membres:

(a) membre régulier (b) membre de soutien

C'est le Conseil d'administration de l'APPAL qui décide si accepte ou refuse la demande d'adhésion et dans quelle catégorie (a ou b). Ne pas toucher à la dernière section svp.

SELON L'ARTICLE 6 DE NOS RÈGLEMENTS GÉNÉRAUX (LOI DE L'APPAL),

TOUTE PERSONNE QUI SOUHAITE DEVENIR MEMBRE DOIT:

- **remplir** un formulaire (celui-ci) et **payer** la cotisation annuelle
- **attendre** que le CA décide (si oui ou non) accepte ou refuse
- **savoir** : si adhésion refusée, on vous remet l'argent; si adhésion acceptée:
- **respecter** les règlements, politiques internes et le Code de vie de l'APPAL
- **appuyer** les droits et intérêts des personnes sourdes des Laurentides
- s'engager à **respecter** le CA, l'équipe, les autres membres.

Voir les documents destinés aux membres, en version écrite ou LSQ sur le site web :

w2.appal.ca

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SONT IMPORTANTS POUR NOUS! CONSENTEMENT.

Lorsque vous remplissez ce formulaire vous acceptez qu'on recueille des renseignements personnels pour vous identifier. Ces renseignements sont conservés de manière confidentielle, en format papier dans un cartable rangé sous clé et aussi en version numérisée pour nos dossiers. Seuls les membres du Conseil et de l'équipe y ont accès. L'APPAL conserve ces informations pour un maximum de 3 années afin de pouvoir vous transmettre des informations, bulletins et avis au sujet du renouvellement. Certains éléments non-nominatifs (sans nom) sont utilisés à des fins statistiques. Merci pour votre confiance! Pour toute question, demande ou plainte à l'égard du respect de vos données ou de la tenue des renseignements personnels selon les lois en vigueur, il faut vous référer à la direction générale:

direction@appal.ca.

Merci!