l'Entraide pour la déficience intellectuelle du Joliette Métropolitain inc.

Formulaire d'adhésion pour la CARTE DE MEMBRE

Valide de septembre 2022 à septembre 2023

☐ Renouvellement ☐ Nouveau membre

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEMBRE (OBLIGATOIRE)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone résidence: _____ Cellulaire : _____

No d'assurance-maladie : _____ exp: _____

Date de naissance (j j/mm/année) : _____ Sexe : _____

Courriel : _____ ☐ membre | ☐ famille

Transport Adapté : ☐ Oui ☐ Non
☐ MRC Joliette ☐ MRC D'Autray ☐ MRC Matawinie ☐ MRC Montcalm
☐ Autre : _____

Milieu de vie : ☐ Famille naturelle ☐ RTF/RI ☐ Appartement
☐Autre _____

Incapacités : ☐ Déficience intellectuelle
Autres : ☐ Auditive ☐Visuelle ☐Autisme ☐ Trouble du langage et de la parole
☐ Problème de santé mentale ☐ Physique
Précisez :_____

Problèmes de santé grave : ☐ Diabète ☐ Épilepsie ☐ Problème cardiaque
☐Allergie sévère : _____ ☐ Épipen (*doit l'avoir avec lui en tout temps*)
☐Intolérances : _____ ☐Autres : _____

Médication durant les activités : ☐ Non ☐ Oui *doit la prendre seul

Problèmes de comportement : ☐ Opposition occasionnelle ☐ Opposition régulière
☐ Problème de fugue ☐ Agressivité envers les autres ☐ Agressivité envers lui-même
☐ Autres _____

COORDONNÉES DE LA PERSONNE RESPONSABLE EN CAS D'URGENCE (OBLIGATOIRE)

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone #1: _____ Téléphone #2 : _____

Lien avec le membre : _____

Le participant a-t-il un dossier au CISSS de Lanaudière ? : ☐ Oui ☐ Non

☐ Éducateur : _____ Téléphone : _____

☐ Travailleur Social: _____ Téléphone : _____

☐ Autre(s) établissement(s) ou organisme(s) Impliqué(s) auprès du membre :_____

Personnes ressource:_____ Téléphone : _____

COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL (OBLIGATOIRE)

Renseignements du représentant légal : ☐ Parent ☐Tuteur légal ☐Curateur public

Nom _____ Prénom : _____

Téléphone (résidence) : _____

Téléphone (cellulaire) : _____

Courriel : _____

Membre actif

Catégorie A : toute personne vivant avec une déficience intellectuelle. ☐ 15.00 $

Catégorie B : tout parent ou tuteur légal d'enfant vivant avec une déficience intellectuelle.

« Forfait » 1 parent et 1 enfant vivant à la **même adresse** ☐ 25.00 $

Parent seulement ☐ 15.00 $

Membre associé : tout bénévole ou responsable d'une ressource de type non institutionnelle (RNI) qui partage les mêmes objectifs que la corporation. ☐ 15.00 $

Membre soutien : tout organisme qui partage les mêmes objectifs que la corporation.
Le membre soutien ne peut être élu au conseil d'administration.

Membre associé – organisme à but non lucratif* ☐ 35.00 $

Membre Entreprise – entreprise publique ou privée* ☐ 200.00 $

* Nom de la personne responsable : _____

Retournez votre formulaire complété et votre paiement à :

L'Entraide D.I.J.M
375, rue Fabre
Joliette(Québec) J6E 0X7 Téléphone : 450-759-9621
Télécopieur: 450-760-3586
Courriel: info@entraidedijm.org

Formulaire d'autorisation

Valide de septembre 2022 à septembre 2023

NOM DU MEMBRE : _____

Photographie et film

☐ Par la présente, j'**AUTORISE** que (nom)_____ se fasse photographier ou filmer dans le cadre des activités. Je comprends aussi que ces images pourraient être utilisées à des fins de diffusion et de promotion des services de l'Entraide DIJM.

☐ Par la présente, je **REFUSE** que (nom) _____se fasse photographier ou filmer dans le cadre des activités de l'Entraide DIJM.

Sorties extérieures sans surveillance

☐ Par la présente, j'**AUTORISE** que (nom)_____ aille à l'extérieur du local sans qu'un employé l'accompagne pour prendre une marche, chercher un repas, fumer, prendre l'autobus de ville, etc… *Je comprends que l'Entraide DIJM ne pourra pas être tenue responsable de tout incident lors des sorties extérieures qu'effectuera seul le participant*.

☐ Par la présente, je **REFUSE** que (nom)_____ aille à l'extérieur du local sans surveillance d'un employé.

Transport adapté

☐ Par la présente, j'**AUTORISE** le transport adapté à communiquer les heures de déplacements au personnel de L'Entraide DIJM.

☐ Par la présente, je **REFUSE** que le transport adapté communique les heures de déplacements au personnel de L'Entraide DIJM.

Communications avec les partenaires

☐ Par la présente, j'**AUTORISE** le personnel responsable de L'Entraide DIJM à échanger des informations sur (nom) _____avec le personnel du CISSS de Lanaudière et de tout autre organisme communautaire.

☐ Par la présente, je **REFUSE** que le personnel responsable de L'Entraide DIJM échange des informations sur (nom) _____avec le personnel du CISSS de Lanaudière et de tout autre organisme communautaire.

Signature du responsable :_____ Date :_____