**FORMULAIRE D'ADHÉSION 2024-2025** (valide du 1PerP avril 2024 au 31 mars 2025) 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Section 1 - Identification** | | |
| |  |  | | --- | --- | | Nom : |  | | Adresse : |  | | Ville : |  | | Code postal : |  | | Téléphone principal : |  | | Autre no. de téléphone : |  | | Courriel : |  | | Vous désirez être (écrivez X à côté de votre choix) :   |  | | --- | |  | |  |   Membre régulier (avec un proche atteint) : 10$  Membre sympathisant (pour encourager notre cause) : 10$   * SI VOUS ÊTES MEMBRE SYMPATHISANT, il n’est pas nécessaire de compléter les sections 3 et 5 * SI C’EST UN RENOUVELLEMENT (SI VOUS ÉTIEZ DÉJÀ MEMBRE DU PORTAIL), il n’est pas nécessaire de compléter les sections 3 et 4 (sauf s’il y a eu changement dans la situation) | |
| Méthode de paiement :   |  | | --- | |  | |  | |  |   Argent comptant  Chèque à l’ordre de « Le Portail »  Virement Interac (Pour le virement Interac : Adresse courriel : [12Tle\_portail@tlb.sympatico.ca](mailto:le_portail@tlb.sympatico.ca)12T – Question : Renouvellement – Réponse : Cotisation)  Don supplémentaire (non-obligatoire) Montant : \_\_ $  Pour un don de 20 $ et plus (excluant le montant de l’adhésion), un reçu sera émis pour un crédit d'impôt pour don de charité. | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Section 2 – Renseignements sur vous** Sexe : F \_\_ M \_\_ Autre \_\_ Date de naissance ( jour / mois ) : \_\_ / \_\_ | |
| Âge :   |  | | --- | |  | |  | |  | |  |   18 à 30 ans  31 à 50 ans  51 à 65 ans  66 ans et + | Occupation :   |  | | --- | |  | |  | |  | |  |   À l'emploi  Retraité  Étudiant  Sans emploi |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Section 3 – Renseignements sur la personne atteinte** Sexe : F \_\_ M \_\_ Autre \_\_ | | |
| Il s'agit de votre (plusieurs réponses possibles) : | Problématique (plusieurs réponses possibles) : | Cette personne utilise-t-elle les services d’aide locaux? |
| |  |  | | --- | --- | | Mère – père |  | | Sœur – frère |  | | Fille – fils |  | | Conjoint(e) |  | | Ex-conjoint(e) |  | | Ami(e) |  | | |  |  | | --- | --- | | Dépression |  | | Trouble bipolaire |  | | Trouble personnalité limite |  | | Troubles anxieux |  | | Schizophrénie / psychose |  | | TDA/H |  | | Toxicomanie / dépendance |  | | Non diagnostiqué(e) |  | | Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Je ne sais pas \_\_\_  Si oui, lequel ou lesquels :   |  |  | | --- | --- | | Centre hospitalier (interne ou externe) |  | | Le Pont |  | | CLSC |  | | Groupe IMAGE |  | | Arrimage jeunesse |  | |
| Autre(s) : | Autre(s) : | Autre(s) : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section 4 – Source de référence (qui vous a parlé du Portail?)**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Publicité (journal, radio) |  | Membre du Portail |  | | Dépliant ou affiche |  | Ami(e), collègue, famille |  | | Publication Facebook ou Instagram |  | Je ne m’en souviens pas |  | | CISSS-AT (Hôpital, clinique externe, CLSC) |  | Activité publique (kiosque, présentation de groupe) |  | | * Précisez : | | * Laquelle? : | | | Organisme communautaire |  | Autre (si oui, précisez ci-dessous) |  | | * Lequel? : | |  | | | Si vous avez été référé(e) par un membre du Portail, veuillez inscrire son nom ici : | | | | |

|  |
| --- |
| **Section 5 – Vos intérêts et besoins** (activités ou services dont vous aimeriez bénéficier au cours de la prochaine année) |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Informations sur nos services |  | Groupe d’entraide |  | | Informations sur la maladie |  | Formations / ateliers : | | | Intervention psychosociale individuelle |  | * Formation « Anxiété d’un proche » |  | | Intervention psychosociale familiale |  | * Formation « Lâcher-prise » |  | | Centre de documentation (prêt de livres) |  | * Programme TPL |  | | Répit (soutien financier) |  | * Anna et la mer (7 à 12 ans) |  | | Conférences / webconférences |  | Démarches judiciaires |  | | Activités sociales |  | Autre(s) : | | |

|  |
| --- |
| **Section 6 – Implication bénévole (Optionnel)** |
| Disponibilité : Jour \_\_ Soir \_\_ Fin de semaine \_\_   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Comités administratifs (financement, AGA) |  | Accueil lors d’activités |  | Tâches occasionnelles |  | | Conseil d’administration |  | Covoiturage |  |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section 7 – Communication téléphonique et expédition de courrier** | | | | | | | |
| Autorisez-vous les membres du personnel à communiquer avec vous par téléphone ?  (exemple : invitation, sondage, etc.) | | | | | Oui \_\_ | | Non \_\_ |
| Le matin \_\_ | Le midi \_\_ | L'après-midi \_\_ | | Le soir \_\_ | |  | |
| Pouvons-nous laisser un message sur le répondeur ? | | | | | Oui \_\_ | | Non \_\_ |
| Pouvons-nous vous envoyer des informations par courriel ? | | | | | Oui \_\_ | | Non \_\_ |
| Désirez-vous recevoir notre Infolettre mensuelle ? | | | | | Oui \_\_ | | Non \_\_ |
| Mise à jour – avril 2024   |  | | --- | |  |   Date : | | | |  | | --- | |  |   Signature : | | | | |