**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.ca12T – 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 ans31 à 50 ans51 à 65 ans66 ans et + | Occupation :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

À l'emploiRetraitéÉtudiantSans 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 : |