

FORMULAIRE D'ADHÉSION 2011-2012



Les avantages d'être membre sont multiples :

- Faire partie d'un organisme de soutien et d'entraide s'adressant spécifiquement aux familles et aux proches d'une personne souffrant de maladie mentale.
- Recevoir par la poste le bulletin Échos trois fois l'an.
- Recevoir par la poste les calendriers d'activités et de services.
- Pouvoir consulter et emprunter livres et vidéos de notre centre de documentation spécialisé en santé mentale.
- Participer aux événements réservés aux membres (ex: congrès de la FFAPAMM, l'assemblée générale annuelle et autres formations et conférences).
- Rabais sur les tarifs de certaines activités, comme le repas de Noël.
- Participer à la vie associative de l'APAMM-RS et éprouver la satisfaction et le bien-être de venir en aide à des personnes qui en ont grandement besoin.

Cotisation : 20\$ par membre / 35\$ par famille (2 adultes à une même adresse).

Je désire renouveler mon adhésion Je désire devenir membre

Comme membre régulier

Je suis personnellement concerné par la maladie mentale d'un proche.

Comme membre sympathisant

Je manifeste de l'intérêt pour les objectifs de l'association sans être personnellement concerné par la maladie mentale d'un proche.

Nom _____ Prénom _____
Nom _____ Prénom _____
Adresse _____ Code postal _____
Ville _____ Téléphone résidence _____
Courriel _____ Téléphone autre _____
travail M travail M cellulaire M
cellulaire M

Informations importantes

J'accuse réception des règlements généraux de l'APAMM-RS remis à ma demande

Politique de confidentialité: l'APAMM-RS voit en tout temps à préserver l'anonymat de ses membres et garde confidentiels tous les renseignements personnels, peu importe la forme sous laquelle ils sont accessibles: écrite, graphique, sonore, visuelle, informatisée ou autres à l'exception prévue par la Loi. (Selon le code d'éthique de la FFAPAMM juin 1999 et la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé).

Je désire soutenir davantage l'APAMM-RS en faisant un don déductible d'impôt au montant de :

25\$ 50\$ Bienfaiteur: 100\$ 200\$ ou autre _____\$

Je désire étaler mes dons par la fréquence suivante par une série de chèques : Mensuelle Trimestrielle

Je désire connaître d'autres façons de soutenir financièrement l'APAMM-RS.

Nous vous remercions sincèrement ! Vos dons permettent à l'APAMM-RS de développer de nouveaux services aux familles.

Acceptez-vous que votre nom soit mentionné comme donateur? Oui Non

Un reçu de charité pour les dons de 20\$ et plus vous parviendra en janvier prochain.

La contribution pour l'adhésion ne peut-être perçue comme un don.

SVP retournez votre formulaire avec votre cotisation au nom de l'APAMM-RS à l'adresse suivante:

APAMM-RS

10 boulevard Churchill, suite 206 Greenfield Park (Québec) J4V 2L7

Téléphone 450.766.0524

Courriel: info@apammrs.org Site web: www.apammrs.org

Questionnaire Statistiques

Nous vous assurons la confidentialité des données que vous inscrivez sur ce formulaire.

Nombre de personnes à votre adresse : _____ personnes.

Votre âge : _____ ans

Votre proche atteint est votre : conjoint(e) fils fille parent autre

Votre proche atteint est : un homme une femme

Âge de votre prochain atteint : _____ ans

Situation initiale :

<input type="checkbox"/> Schizophrénie	<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> Diagnostic inconnu
<input type="checkbox"/> Bi-polarité	<input type="checkbox"/> TPL	<input type="checkbox"/> Toxicomanie
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/> TOC	<input type="checkbox"/> Trouble anxieux
<input type="checkbox"/> P-38	<input type="checkbox"/> Psychose	<input type="checkbox"/> Tentative suicide
	<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/>

Votre proche a-t-il des enfants? Oui Non

Si oui, Nombre : _____ Âges : _____

Votre proche habite-t-il avec vous? Oui Non

Si non, dans quelle ville habite-t-il? _____

Êtes-vous une personne endeuillée par le suicide d'un proche? Oui Non

Si oui, ce proche était votre : conjoint(e) fils fille parent autre

Vous avez connu notre Association par :

déjà membre (s)

internet

les médias (journal, télévision, ect...) : Lequel _____

CLSC : Lequel _____

hôpital : Lequel _____

organisme : Lequel _____

professionnel de la santé : Nom (facultatif) _____

personne de votre entourage : Lien (facultatif) _____

autres : Spécifiez _____

Merci beaucoup!