



Être soutenu

Informé

Accompagné...

## Formulaire Carte de membre 2025-2026

**Nouveau membre : Remplir section 1-2-3-4 et signer**

**Renouvellement : Remplir section 1 et 4 et signer**

**Membre associer et support : Remplir section 1 et 4 et signer**



**NOUVEAU MEMBRE**



**RENOUVELLEMENT**

### Catégories de membre (svp cocher)

- Membre Actif : Toutes personnes handicapées du territoire de la Matawinie ainsi que les parents conjoints et tuteurs de personnes handicapées **Adhésion au montant de 10,00\$**
- Membre associé : Bénévoles et personnes ressources sensibilisées à la problématique des personnes handicapées **Adhésion au montant de 10,00\$**
- Membre support : Personnes ayant à cœur la cause des personnes vivant avec un handicap physique, intellectuel ou en santé mentale. **Adhésion au montant de 40.00\$**

### Section 1

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe (F/M) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

(Jour/mois/année)

#### Recevoir le Fureteur :

Non : \_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_

#### Responsable en cas d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Utilisez-vous le transport adapté :** Oui  Non

Montcalm  Matawinie

### Section 2

**Avez-vous des Services avec le CISSS : Oui  Non**

Nom de l'éducateur : \_\_\_\_\_

**Utilisez-vous de l'équipement adapté : Oui  Non**

Canne  Marchette  Fauteuil roulant

Autre : \_\_\_\_\_

#### Types de limitations :

Déficience intellectuelle : Oui  Non

Sévère à profonde  Modéré  Légère

Problème de santé mentale : \_\_\_\_\_

Trouble langage et de la parole : \_\_\_\_\_

Trouble du spectre de l'autisme : \_\_\_\_\_

**Handicap physique :** Lourd  Modéré  Léger

#### Le membre a-t-il des problèmes de santé ?

Diabète  Problème cardiaque  Épilepsie

Problème respiratoire

Autres : \_\_\_\_\_

#### Le membre a-t-il des allergies ? Oui Non

Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

**Épipen :** Oui  Non

## Information particulière pour l'intervenant(e)

### **Section 3**

#### **Le membre a besoin :**

Le membre nécessite d'être accompagné 1 pour 1: Oui  Non

Rappel des consignes  Aide à l'orientation  Stimulation à la participation

Assistance pour aller chercher du matériel  ou nourriture

#### **Le membre a-t-il des troubles de comportements :**

Agressivité envers lui-même  Envers les autres  Opposition occasionnelle  Opposition régulière

Autres \_\_\_\_\_

**Le membre a besoin d'aide pour :** Alimentation  Boire  Manger  Diète spéciale

Autres : \_\_\_\_\_

**Hygiène :** Soins personnels  Aller à la toilette  Habillement : Oui  Non

**Moyen de communication :** Parler  Non- verbal  Gestuel

Cahier de communication  Pictogrammes  Langue des signes

#### **Niveau de compréhension :**

Le membre comprend: Facilement  Difficilement  Le membre se fait comprendre: Facilement  Difficilement

### **Section 4**

#### **Autorisation pour 2025-2026**

Par la présente, j'autorise le personnel responsable de l'APHM à :

Administrer les médicaments nécessaires selon mes instructions.

Oui  Non

À divulguer toutes les informations médicales et à prendre les dispositions nécessaires pour me faire soigner, pendant la période de séjour ou d'activité, si (je nécessite) des soins d'urgence

Oui  Non

À prendre des photos ou des séquences vidéo pour un usage raisonnable lors de la promotion d'un de ses programmes ou pour des activités de loisirs et à utiliser ces photos ou séquences vidéo, pour un usage raisonnable lors de la promotion de l'Association sur internet (média sociaux, site internet, rapport d'activités et dépliants.)

Oui  Non

Par la présente, j'autorise le transport adapté à communiquer mes heures de déplacements au personnel de l'Association des Personnes Handicapées Matawinie, lors de sorties ou activités de l'APHM. (Oui/Non) :

Oui  Non

**Signature :** \_\_\_\_\_

#### **Retourner à :**

APHM

4046, rue Queen, Rawdon (QC) J0K 1S0

#### **RÉSERVÉ AU PERSONNEL DE L'APHM**

DATE

MONTANT

MODE DE PAIEMENT

**Formulaire complété payé et reçu le :** \_\_\_\_\_

#### **INSCRIPTIONS AUX ACTIVITÉS**

**Montant total**

Bowling : \_\_\_\_\_ Pirouettes : \_\_\_\_\_ Trotteurs : \_\_\_\_\_ Cuisine Matha : \_\_\_\_\_ Café-rencontres Matha : \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

#### **Autres paiements d'activités, s'il y a lieu**

**Nom de l'activité** : DATE MONTANT MODE PAIEMENT

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Paiement reçu par :