



## 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 associé 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 CISSSL :** Oui ☐ Non ☐

Nom de l'éducateur : \_\_\_\_\_

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

Canne ☐ Marchette ☐ Fauteuil roulant ☐

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

#### Types de limitations :

Déficiência 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 :