



Réservé à l'administration

Année de la demande : _____

Vérifié par : _____ date : _____

DEMANDE D'ADHÉSION

Toutes les informations sont strictement confidentielles et ne pourront servir qu'aux fins de l'Association.
Si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire, n'hésitez pas à nous appeler : 450 753-5545 / 438 494-9900.

IDENTIFICATION

Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App. _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____

Aide à la mobilité : si oui, laquelle? _____

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom complet : _____

Lien avec vous : _____

N° de téléphone _____

N° de cellulaire _____

CATÉGORIE DE MEMBRE

Membre actif (j'ai la SEP) → Remplissez le formulaire en entier.

Membre associé (famille immédiate, tuteur légal) → Passez à la question 3, après avoir répondu :

Lien avec la personne ayant la SEP : _____

Son nom, si elle est membre de l'ASEPL : _____

Membre soutien (bénévole, personne ou organisme désirant soutenir l'ASEPL et ses membres) :

→ Remplissez le formulaire à partir de la question 3.

1. VOS BESOINS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intégrer le marché du travail/retourner aux études | <input type="checkbox"/> Fauteuil manuel/motorisé, tri/quadriporteur |
| <input type="checkbox"/> Adapter mon poste de travail/d'études | <input type="checkbox"/> Recevoir de l'aide psychologique |
| <input type="checkbox"/> Adapter mon lieu d'habitation | <input type="checkbox"/> Recevoir de l'aide pour mes finances |
| <input type="checkbox"/> Adapter mon véhicule | <input type="checkbox"/> Obtenir la carte d'accompagnement loisir (CAL) |
| <input type="checkbox"/> Vivre dans un logement adapté avec services | <input type="checkbox"/> Rémunérer mon accompagnateur |
| <input type="checkbox"/> Soutien à domicile, ex. : faire mon épicerie, repas, soins corporels, habillement, élimination, autres ... | <input type="checkbox"/> M'inscrire au transport adapté |
| <input type="checkbox"/> Aide technique, ex. : siège de baignoire | <input type="checkbox"/> Autres _____ |

Remplir le verso →

2. DIAGNOSTIC DE SCLÉROSE EN PLAQUES

Date approximative du diagnostic : _____

Possédez-vous une attestation médicale de votre maladie ? Oui Non

3. COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE L'ASEPL ?

Clinique SEP/neurologue Médecin Ami Publicité Site internet Page Facebook

Autre : _____

4. VIE ASSOCIATIVE

L'ASEPL a régulièrement besoin de membres pour son fonctionnement. Cochez les activités dans lesquelles vous aimeriez vous impliquer.

Comité Conseil d'administration Journal Aide lors d'activités sociales Représentation

Autres : _____

DÉCLARATION

Je déclare que les renseignements que j'ai fournis dans le présent formulaire sont véridiques, sous peine d'être suspendu ou exclu de l'ASEPL, avec remboursement des sommes reçues dans le cadre du programme de soutien à l'achat, le cas échéant.

Signature _____ Date _____
(JJ-MM-AAAA)

J'autorise l'ASEPL à utiliser les photos prises dans le cadre de ses activités sur son site internet, dans le journal *La voix de l'ASEPL* ainsi que pour tous les documents de promotion de l'ASEPL. Il est possible de retirer votre autorisation à tout moment.

Signature : _____ Date _____

PAIEMENT DE L'ADHÉSION

Paiement joint 15 \$ pour 1 an

Don montant _____ \$ ci-inclus

Je demande un reçu fiscal. (10\$ et plus)

Retournez ce formulaire ainsi que votre paiement à l'adresse suivante :

ASEPL
200, rue de Salaberry
Joliette (Québec) J6E 3P9

OU

Envoyez le formulaire à info@asepl.org
et effectuez un virement bancaire.

Pour plus informations : 450 753-5545 (Nord) / 438 494-9900 (Sud)

Votre carte d'adhésion est valide du 1^{er} avril au 31 mars.
Nous vous aviserons lorsque la période de réadhésion aura lieu.

Bienvenue dans votre association !