



NOM : _____ PRÉNOM : _____
ADRESSE : _____ VILLE : _____
CODE POSTAL : _____ DATE NAISSANCE : _____
TÉL. MAISON : _____ TÉL. CELLULAIRE : _____
COURRIEL : _____ LANGUE : _____

Je suis

Aidant (je prends soin d'un proche) Ex-aidant (mon proche est décédé)

Référé par : CLSC Publicité Organisme Autre : _____

À propos de la personne que j'aide

Père Mère Conjoint(e) Autre : _____

Alzheimer AVC Cancer Perte d'autonomie Mobilité réduite

Santé mentale Diabète Démence Autre : _____

La personne habite avec moi? Oui Non

Mon occupation / statut d'emploi

Temps plein Temps partiel Retraité Sans emploi

Nombre d'heures de soutien à l'aidé par semaine

1-4 hres 5-9 hres 10-19 hres 20 hres et plus

Je désire recevoir le bulletin Info-Aidants : Oui Non

Je souhaite recevoir un rappel pour les activités suivantes :

Atelier Santé Groupe de soutien - Français Relaxation
 Conférence Groupe de soutien - Anglais Musique & bien-être

Pour les territoires de :

LaSalle Lachine Dorval Verdun Sud-Ouest

Signature : _____ Date : _____

No de membre : _____ Nouveau payé Renouvellement payé



Les frais d'adhésion pour devenir membre sont de 10\$.

Vous pouvez vous présenter à notre bureau pour compléter votre demande d'adhésion ou nous envoyer le formulaire et le 10\$ par la poste à :

Groupe des Aidants du Sud-Ouest

405-7475, boul. Newman

LaSalle, Qc, H8N 1X3