



Être soutenu Informé Accompagné...

4046 rue Queen, Rawdon, QC, J0K 1S0  
Tél : 450-834-5434 FAX : 450-834-3013  
Sans Frais : 1-877-834-5434  
Courriel : [administration@aphm.org](mailto:administration@aphm.org)  
Site Web : [www.aphm.org](http://www.aphm.org)

### Formulaire Carte de membre 2019-2020

Bénévole non Membre   
Inscrire en lettres moulées S.V.P

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

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

Recevoir le Fureteur o/n : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

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

(jour/mois/année)

### Responsable en cas d'urgence :

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Autre téléphone : \_\_\_\_\_

#### Le membre réside :

Famille naturelle  Appartement  Maison

Ressources non-institutionnelles

Nom de la résidence : \_\_\_\_\_

Avez-vous des Services avec le CISSSL : Oui  Non

Type de service : \_\_\_\_\_

Nom de l'éducateur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Utilisez-vous le transport adapté : Oui  Non

Montcalm  Matawinie

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

### Information particulière pour l'intervenant(e)

Le membre nécessite d'être accompagné : Oui  Non

Le membre a besoin de :

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-t-il des problèmes de santé ? Oui  Non

Diabète  Problème cardiaque

Épilepsie  Problème respiratoire

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

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

Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

Épipen : Oui  Non

### Le membre a besoin d'aide pour :

Alimentation : Boire  Manger  Diète spéciale

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

Hygiène : Soins personnel  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

### Marche à suivre en cas de soin particulier :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### RÉSERVÉ AU PERSONNELS DE L'APHM

DATE MONTANT MODE

CARTE DE MEMBRE : \_\_\_\_\_

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

### INSCRIPTIONS AUX ACTIVITÉS :

DATE MONTANT MODE

Bowling : \_\_\_\_\_

Pirouettes : \_\_\_\_\_

Trotteurs : \_\_\_\_\_

Cuisine Matha : \_\_\_\_\_

Ateliers Chertsey : \_\_\_\_\_

Café-rencontres Matha : \_\_\_\_\_

AUTRES PAIEMENTS D'ACTIVITÉS, S'IL Y A LIEU

NOM DE L'ACTIVITÉ : DATE MONTANT MODE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Catégories de membre (svp cocher)

---

- Membre Actif : Toutes personnes handicapées du territoire de la Matawinie ainsi que les parents (pères, mères), conjoints et tuteurs de personnes handicapées ayant payé leur cotisation annuelle.  
**Adhésion au montant de 10,00\$**
- Membre associé : Bénévoles et personnes ressources sensibilisées à la problématique des personnes handicapées qui ont une certaine connaissance des problèmes et de la situation 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\$**
- Bénévole non membre : **Gratuit**

### Autorisations pour 2019-2020

---

**Nom du membre en lettre moulée :** \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise le personnel responsable de l'Association des Personnes Handicapées Matawinie à administrer les médicaments nécessaires selon mes instructions verbales par téléphone.

Oui  Non

Par la présente, j'autorise le personnel responsable de l'Association des Personnes Handicapées Matawinie à divulguer toutes les informations médicales et à prendre les dispositions nécessaires pour faire soigner, pendant la période de séjour ou d'activité, le membre nécessitant des soins d'urgence.

Oui  Non

Par la présente, j'autorise le personnel de l'Association des Personnes Handicapées Matawinie à prendre des photos ou des séquences vidéo et entendu que l'Association des Personnes Handicapées Matawinie pourra utiliser ces photos ou séquences vidéo, pour un usage raisonnable lors de la promotion d'un de ses programmes ou pour des activités de loisirs.

Oui  Non

Par la présente, j'autorise le personnel de l'Association des Personnes Handicapées Matawinie à prendre des photos ou des séquences vidéo et entendu que l'Association des Personnes Handicapées Matawinie pourra utiliser ces photos ou séquences vidéo, pour un usage raisonnable lors de la promotion de l'association sur internet (groupe, sociaux, site internet, etc.)

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

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

**Retourner à :**

APHM

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

Téléphone : 450-834-5434 & Télécopieur : 450-834-3013 Courriel : [administration@aphm.org](mailto:administration@aphm.org)

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le document veuillez communiquer avec nous, il nous fera plaisir de vous aider