

NOM DE FAMILLE : _____ PRÉNOM : _____

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE : _____

Date de naissance : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____ Âge : _____ ans

Adresse : _____ App. _____ Ville _____ Code postal _____ - _____

Téléphone : (_____) _____ - _____ Langue parlée : Fr Ang Autre : _____

Courriel : _____ Sexe : F H

(pour l'envoi des informations du CATAL uniquement)

RÉFÉRENCE(S) Dépliant du CATAL Journal local Par un autre membre

Site Internet du CATAL Par un bénévole Organisme communautaire

Réseau de la santé : _____ Autre : _____

PRINCIPAL MOYEN TRANSPORT

À pied Transport en commun

Transport par un proche

Transport adapté

Co-voiturage entre membres du CATAL

Véhicule personnel*



*Serez-vous intéressé à devenir bénévole au CATAL pour offrir du transport?

OUI

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Les renseignements suivants sont utilisés **qu'à des fins de statistiques et demeureront confidentiels.**
Ils sont nécessaires pour l'amélioration des services et activités offerts aux membres du CATAL
ainsi qu'à l'obtention de notre financement. **Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration.**

OCCUPATION

Employé

Retraité

Pré-retraité

Autre : _____

STATUT FAMILIAL

En couple

Seul

Famille

TYPE DE

Maison

Appartement

Coop

RÉSIDENCE

Condo

Résidence de type familial : (nom) _____

HLM

Tour d'habitation : (nom) _____

ORIGINE

Arabe

Canadienne française

Canadienne anglaise

Grecque

CULTURELLE

Haïtienne

Italienne

Autre : _____

Je soussigné...

- Confirme avoir reçu une copie du Code de vie du CATAL et je m'engage à en prendre connaissance et à le respecter;
- M'engage à adhérer à la mission et aux orientations générales de l'organisme;
- M'engage à payer toute cotisation exigible selon le mode fixé par le conseil d'administration;
(Pour les membres participants et auxiliaires seulement).

Accepte ou Refuse la **diffusion de photo** sur laquelle j'apparais dans le cadre des activités du CATAL.
Serez-vous intéressé à **devenir bénévole au CATAL** pour vous impliquer auprès de notre organisme? OUI

Signature : _____ Date : _____

FICHE SANTÉ

Pour les utilisateurs des journées d'animation ou si jugé nécessaire par le membre.

ALLERGIE(S)

Alimentaire (spécifiez) : _____

NON

À un médicament (spécifiez) : _____

Autres (spécifiez) : _____

PRESCRIPTION DE MÉDICAMENT(S)

OUI (spécifiez)

Asthme

Épilepsie

Hypertension

Problèmes cardiaques

Diabète

Autre : _____

ASSURANCES MALADIE

Numéro de carte : _____ Date d'exp. : _____

Refus de donner le numéro

Initiales : _____

PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM _____

NOM _____

LIEN DE PARENTÉ _____

LIEN DE PARENTÉ _____

Téléphone 1 : (_____) _____ - _____

Téléphone 2 : (_____) _____ - _____

Cellulaire : (_____) _____ - _____

Cellulaire : (_____) _____ - _____

Refuse de répondre Initiales : _____

Refuse de répondre Initiales : _____

USAGE INTERNE SEULEMENT

MEMBRE

Participant

Auxiliaire

NOUVEAU MEMBRE

Date : _____

RENOUVELLEMENT DE MEMBRE

Date : _____

Pour quelle activité ou cours êtes-vous inscrit ? _____

Seriez-vous intéressé par le programme d'accès financier du CATAL ?

OUI

NON

Motivation première à venir au CATAL : *** En inscrire seulement une ***

Améliorer son réseau social

Se mettre en forme

Maintenir son autonomie

Développer de nouvelles connaissances

Activités physiques

Activités libres

Conférences / causeries

Activités récréatives / animées

Service de répit

Sorties à l'extérieur

Implication bénévole

Activités d'apprentissage / informatique