Formulaire d'adhésion
APPAL 2022-2023

① Identification

Je suis une personne ...

- ☐ Sourde (LSQ)
- ☐ malentendante
- ☐ sourde-aveugle (Usher)
- ☐ entendante
- ☐ Sourde (oraliste)
- ☐ devenue-sourde
- ☐ avec implant cochléaire

Je demeure dans la région des/de:

- ☐ Laurentides
- ☐ Laval
- ☐ autre: _____
- ☐ Lanaudière
- ☐ Montréal

☐ **Je suis un ANCIEN** membre ☐ **Je suis un NOUVEAU** membre

☐ **Je n'étais PAS** membre l'an dernier

Je suis ...

- ☐ adulte
- ☐ adulte-aîné *(55 ans +)*
- ☐ parent sourd d'un enfant sourd
- ☐ parent entendant d'un enfant sourd
- ☐ enfant de parent,s sourd,s *(CODA)*
- ☐ proche-aidant
- ☐ étudiant

Ma date de naissance est le: _____ / _____ / _____ (jour / mois / année)

J'accepte que ma date d'anniversaire soit publiée dans le bulletin INFO-APPAL ☐ **OUI** ☐ **NON**

Je préfère recevoir le bulletin INFO-APPAL en format papier ou PDF seulement ☐ **PAPIER** ☐ **PDF** (voir sur site web)

Je suis conjoint,e d'un membre APPAL
Le nom de mon/ma conjoint,e est: _____

② Comment me rejoindre

Mes coordonnées:

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

_____ Code postal _____

Téléphone ATS ou Cellulaire: _____

Fax: _____

Courriel: _____

Autre: _____

Préférence de communication ...

☐ ATS ☐ Courriel ☐ Fax
☐ Texto ☐ Skype ☐ Messenger / Glide

③ Je paie ma cotisation annuelle = 10$

☐ **en argent**
☐ **par chèque**

Date: ____ / ____ / _____ (jour / mois / année)

Signature: _____

④ Informations

Pour devenir membre, vous devez savoir ceci:

Il y a deux (2) catégories de membres: **(a) membre régulier** **(b) membre de soutien**

C'est le Conseil d'administration de l'APPAL qui décide si accepte ou refuse la demande d'adhésion et dans quelle catégorie (**a** ou **b**). *Ne pas toucher à la dernière section svp.*

***Selon l'article 6** de nos règlements généraux (loi de l'APPAL), toute personne qui souhaite devenir membre doit:*

- **remplir** un formulaire (celui-ci) et **payer** la cotisation annuelle
- **attendre** que le CA décide (si oui ou non) accepte ou refuse
- **savoir** : si adhésion refusée, on vous remet l'argent; si adhésion acceptée:
- **respecter** les règlements, politiques internes et le Code de vie de l'APPAL
- **appuyer** les droits et intérêts des personnes sourdes des Laurentides
- s'engager à **respecter** le CA, l'équipe, les autres membres et voir les documents destinés aux membres, en version écrite ou LSQ sur le site web : **w2.appal.ca**

Demandes refusées automatiquement pour les personnes suivantes:

Questions à poser avant de soumettre votre demande: êtes-vous une personne ...

- *... employée de l'APPAL?*
- *... employée ou bénévole d'un CA d'un autre organisme communautaire (surdité)?*
- *... employée ou bénévole d'un CA d'un établissement ou organisme public?*
- *... propriétaire d'une entreprise offrant des services ou produits aux Sourds?*

Note importante:

Un membre qui renouvelle son adhésion et dont la situation ou le statut a changé doit nous en aviser (ex : si devenu employé d'un organisme ou bénévole dans un autre CA). Tous les membres doivent nous aviser de leur changement d'adresse ou d'un changement dans leurs coordonnées pour les contacter. Merci beaucoup pour votre appui!

Association des personnes avec problèmes auditifs des Laurentides / 421-B, boul. Curé-Labelle, Blainville, QC J7C 2H4
Tél.: 450-434-2135 (ATS/voix) — Fax: 450-434-4120 — Courriel: info@appal.ca — Site Internet: w2.appal.ca

S.V.P. NE RIEN ÉCRIRE ICI - ESPACE RÉSERVÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Catégorie: ☐ **Membre régulier** (Sourd ou malentendant) ☐ **Membre de soutien**

Adhésion acceptée par le C.A. ☐ **OUI** ☐ **NON** Date : _____ initiales : _____ initiales : _____