



① Identification

Je suis une personne ...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sourde (LSQ) | <input type="checkbox"/> Sourde (oraliste) |
| <input type="checkbox"/> malentendante | <input type="checkbox"/> devenue-sourde |
| <input type="checkbox"/> sourde-aveugle (Usher) | <input type="checkbox"/> avec implant cochléaire |
| <input type="checkbox"/> entendant | |

Je demeure dans la région des/de:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laurentides | <input type="checkbox"/> Lanaudière |
| <input type="checkbox"/> Laval | <input type="checkbox"/> Montréal |
| <input type="checkbox"/> autre: _____ | |

- 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

Date: _____ / _____ / _____
 jour mois année

par chèque

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 : _____