



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

N° DE MEMBRE _____

Tous les renseignements que vous fournirez restent strictement confidentiels et sont utilisés exclusivement à des fins statistiques.

VEUILLEZ ÉCRIRE CLAIREMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE. :

Titre: ☐ M ☐ M^{me} ☐ Mlle ☐ Ms

Prénom, Nom de famille : _____

Date de naissance : _____
MOIS JOUR ANNÉE

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____

No. de tél :

MAISON ()

CELL ()

Origin culturelle (ex.: Italien, Québécois) _____

Langues parlées : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autres : _____

État civil : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé

Occupation (antérieure / présente) : _____

Comment avez-vous entendu parler de La Théière?

☐ Site web ☐ Facebook ☐ Ami(e)s ☐ Journaux ☐ Télévision / Radio ☐ Autres : _____

Êtes-vous intéressé à faire du bénévolat à La Théière ? Si oui, vous serez contacté par notre coordonnatrice du Soutien aux bénévoles. ☐ Oui ☐ Non

EN CAS D'URGENCE, PERSONNER À CONTACTER

Prénom, Nom de famille : _____ Lien : _____

No. téléphone maison : () No. téléphone cell : ()

:: CONSENTEMENT POUR LES MÉDIAS

Le Centre La Théière 50+ aimerait prendre des photos ou des vidéos à des fins promotionnelles et / ou publicitaires. Ces images peuvent apparaître dans tout matériel promotionnel ou de publicité (y compris les sites Web et les médias sociaux des sites Web du centre) produit par La Théière.

Pouvons-nous utiliser votre image dans nos publications promotionnelles et publicitaires imprimés?

☐ Oui ☐ Non

Pouvons-nous utiliser votre image sur notre site web et nos sites de médias sociaux?

☐ Oui ☐ Non

:: RENONCIATION DE RESPONSABILITÉ, ACCEPTATION DES RISQUES ET ENTENTE D'INDEMNISATION

Je, soussigné, assume toutes les responsabilités qu'occasionne ma participation aux activités de Ressources Troisième Âge de Lachine (La Théière). Par la présente, je décharge de toute responsabilité les employés et les bénévoles de Ressources Troisième Âge de Lachine, Inc.

:: CONSENTEMENT AU TRAITEMENT MÉDICAL

Je, soussigné, autorise Ressources Troisième Âge de Lachine, Inc. pour agir à titre d'agent dans le cadre de tout transport et traitement médical ou soins hospitaliers jugés souhaitables dans le cas d'une urgence.

LES SOUSSIGNÉS ONT LU LES DÉCLARATIONS ÉNONCÉES CI-DESSUS, LES COMPRENNENT ET SONT PRÊTS À SE CONFORMER À CES DÉCLARATIONS ET AUX RÈGLES ET ATTENTES DE RESSOURCES TROISIÈME ÂGE DE LACHINE, INC.

LES SOUSSIGNÉS RECONNAISSENT LES EXCLUSIONS DE RESPONSABILITÉ ÉNONCÉES CI-DESSUS ET SONT D'ACCORD AVEC EUX.

Signature

Date



N° DE MEMBRE _____

FORMULAIRE D'URGENCE MÉDICAL.....

Tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont conservés au bureau, demeurent confidentiels et ne sont accessibles qu'aux membres du personnel. Cette information n'est recueillie qu'en cas d'urgence et ne sera communiquée qu'au service d'urgence 911 ou aux ambulanciers.

VEUILLEZ ÉCRIRE CLAIREMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE. ∴

Prénom, Nom de famille : _____

Acceptez-vous de divulguer tout renseignement médical vous concernant à La Théière ?

- ☐ Non, je, soussigné(e), refuse de divulguer tout renseignement médical me concernant ; par conséquent, je déclare ne pas tenir Le centre la Théière 50+ responsable de quelque façon.

Signature

Date

- ☐ Oui, je soussigné vais partager toute information médicale permettant à La Théière d'assurer une sécurité adéquate et de fournir une intervention immédiate (ex. : allergies alimentaires importantes, aux piqûres d'insectes, diabète, etc). Je vais informer le bureau de tout changement de ma santé pour garder mon dossier médical à jour.

Carte santé de la RAMQ N° : _____ Date d'échéance : _____
ANNÉE / MOIS

Si vous avez des problèmes de santé, veuillez remplir le formulaire suivant.

:: ALLERGIES IMPORTANTES ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez : _____

Médicaments d'urgence : ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez : _____

:: DIABÈTE ☐ Oui ☐ Non

Médicaments d'urgence : ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez : _____

Intervention d'urgence en cas d'hypoglycémie, spécifiez : _____

:: PROBLÈMES CARDIAQUES ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez : _____

Médicaments d'urgence : ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez : _____

:: PROBLÈMES RESPIRATOIRES ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez : _____

Médicaments d'urgence : ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez : _____

:: AUTRES QUI POURRAIENT NÉCESSITER UNE INTERVENTION D'URGENCE ☐ Oui ☐ Non

Si oui, spécifiez : _____

Médicaments d'urgence : ☐ Oui ☐ Non Si oui, spécifiez : _____

Vous pouvez joindre une liste des médicaments que vous prenez présentement à cause de ces problèmes.

Signature

Date