



La **Maison** soutien  
aux **Aidants**

**DEVENEZ MEMBRE 2016-2017**  
*ou renouvelez votre adhésion*

## Notre mission

Prévenir l'épuisement physique et psychologique relié au rôle d'aidant naturel dans une optique de santé.

## Nos services

- Intervention individuelle et familiale
- Groupe de soutien
- Ateliers d'échanges et thématiques
- Service de répit à domicile
- Service de Relais-Répit

## Vos privilèges

- L'accès à tous nos services.\*
- Recevoir le journal Le Courant par la poste ou par courriel
- L'accès à des activités sociales et sorties.\*
- Droit de parole et/ou de vote à l'AGA

*(selon le statut de membre)*

\* Certaines de nos activités sont réservées aux membres proches aidants seulement

197, rue Paré, Granby (Québec) J2G 5E4 • 450-375-9115 • [info@servicesauxaidants.ca](mailto:info@servicesauxaidants.ca) • [www.servicesauxaidants.ca](http://www.servicesauxaidants.ca)

**\*L'adhésion est en vigueur jusqu'au 31 mars 2017**

Réservé à l'administration	2016-2017
<input type="checkbox"/> NOUVELLE ADHÉSION	<input type="checkbox"/> RENOUELEMENT D'ADHÉSION
NUC : _____	INT: _____

## Renseignements personnels

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Je désire être informé par courriel des activités de l'organisme  et recevoir le journal Le Courant par courriel

Je suis aidant :  Je suis supporteur :  Je désire être bénévole :

J'ai pris connaissance des objets de la corporation et j'y adhère.  J'aimerais recevoir une carte de membre\*

J'aimerais recevoir les règlements généraux.  \* La carte de membre vous donne accès à des rabais chez certains partenaires.

J'effectue mon paiement de 25\$ par :  chèque  argent comptant

J'inclus également un don de \_\_\_\_\_  (facultatif)  
(Un reçu d'impôt est émis pour les dons de 10\$ ou plus. L'adhésion ne donne pas droit au reçu d'impôt.)

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_ **DATE :** \_\_\_\_\_

## Renseignements sur l'aidé (si applicable)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lieu de résidence : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ Lien relationnel : \_\_\_\_\_

Depuis quelle année prenez vous soin de votre proche? : \_\_\_\_\_

Quel est son incapacité? : \_\_\_\_\_