



La Maison **soutien**  
aux **AIDANTS**

L'adhésion est en vigueur jusqu'au 31 mars 2023

**DEVENEZ MEMBRE 2022-2023**  
*ou renouvelez votre adhésion*

Réservée à l'administration

2022-2023

NOUVELLE ADHÉSION

RENOUELEMENT D'ADHÉSION

NUC : \_\_\_\_\_ INT: \_\_\_\_\_

## Renseignements personnels du proche aidant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Courriel : \_\_\_\_\_ Date de naissance (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_  
(en lettres moulées SVP)

Je désire être informé des activités de financement de l'organisme : oui  non

Je désire recevoir l'Infolettre : par courriel  par la poste  Je ne désire pas recevoir l'Infolettre

Je suis proche aidant  Je suis supporteur  Je désire être bénévole

J'ai pris connaissance de la mission et des règlements généraux et j'y adhère  J'aimerais recevoir les règlements généraux

J'effectue mon paiement de 30 \$ par : chèque  argent comptant

J'inclus également un don de \_\_\_\_\_  (facultatif)

(Un reçu d'impôt est émis pour les dons de 20 \$ ou plus. Les frais d'adhésion ne donnent pas droit au reçu d'impôt.)

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

## Renseignements du proche en perte d'autonomie (si applicable)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien relationnel : conjoint(e)  père/mère  enfant  autre : \_\_\_\_\_ Date de naissance (aaaa/jj/mm): \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ même que le proche aidant

Informations médicales (diagnostics) : \_\_\_\_\_



**Remplir le verso**

**Notre mission** : Prévenir l'épuisement physique et psychologique relié au rôle de proche aidant dans une optique de santé globale.

### Nos services\*

- Intervention individuelle et familiale
- Groupe de soutien
- Formations et thématiques
- Répît à domicile
- Relais-Répît (répît de groupe)

### Vos privilèges\*

- Accès à tous nos services\*
- Infolettre mensuelle
- Accès à nos activités sociales\*
- Accès à notre bibliothèque
- Droit de parole et de vote à l'assemblée générale annuelle (selon le statut de membre)



La Maison **soutien**  
aux **AIDANTS**

\* Certains de nos services et privilèges sont réservés 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)

## AUTORISATION DE PUBLICATION ET DIFFUSION

Je soussigné (e), \_\_\_\_\_, autorise  
La Maison soutien aux aidants, à :

- Photographier, filmer, diffuser et reproduire publiquement les films et les photographies de moi et mon proche, \_\_\_\_\_  
(nom du proche)

Les photographies et les films pourront être exploités et utilisés, dans un cadre d'outils promotionnels et de sensibilisation, directement par La Maison soutien aux aidants, sous toute forme et sur tous supports de diffusion connus en partie ou en totalité et inconnus à ce jour, notamment à des fins de :

- Présentation au public lors d'un événement;
- Diffusion sur le site web ou les réseaux sociaux de l'organisme;
- Publication dans une revue, ouvrage ou journal;
- Publication pour une publicité.

Je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

La remise de ce formulaire signé pour La Maison soutien aux aidants constitue un consentement renouvelable automatiquement lors de l'adhésion annuelle.

J'accepte

Je refuse

\_\_\_\_\_  
Signature du proche aidant

\_\_\_\_\_  
Signature d'un représentant de  
La Maison soutien aux aidants



Vous avez des questions ou des inquiétudes,  
communiquez avec nous au 450 375-9115.

Mon intervenant(e) : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_

Pour joindre le Relais-Répit : 450 375-9115 poste : 218

Nos bureaux sont ouverts du lundi au vendredi  
de 9h00 à 12h00 et de 13h00 à 16h00

Suivez-nous : [@lamaisonsoutienauxaidants](https://www.facebook.com/lamaisonsoutienauxaidants)



Réservée à l'administration

REÇU de paiement pour  
l'adhésion 2022-2023

Nom du membre : \_\_\_\_\_

Somme reçue : \_\_\_\_\_ 30,00 \$ \_\_\_\_\_

Mode de paiement: chèque  argent comptant

Date de paiement : \_\_\_\_\_

Paiement  
reçu par : \_\_\_\_\_

Représentant de La Maison soutien aux aidants

