



La Maison soutien  
aux **AIDANTS**

L'adhésion est en vigueur jusqu'au 31 mars 2027

**DEVENEZ MEMBRE 2026-2027**  
ou renouvelez votre adhésion

Réservée à l'administration

2026-2027

NOUVELLE ADHÉSION

RENOUELEMENT D'ADHÉSION

Même adresse que l'an dernier  initiales: \_\_\_\_\_

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

## Renseignements personnels de la personne proche aidante

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

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

(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 une personne proche aidante  Je suis supporteur  Je désire être bénévole

Je travaille  Je ne travaille pas

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  virement Interac™  (nmailloux@servicesauxaidants.ca)

Question: inscrire le nom du proche aidant | Réponse: membre

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 de(s) la personne(s) aidée(s):

### 1<sup>ère</sup> personne

Lien relationnel :

Conjoint  Conjointe  Père  Mère  Fils  Fille

Ami  Amie  autre : \_\_\_\_\_

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

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

### 2<sup>e</sup> personne (si applicable)

Lien relationnel :

Conjoint  Conjointe  Père  Mère  Fils  Fille

Ami  Amie  autre : \_\_\_\_\_

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

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



REÇU de paiement - Adhésion 2026-2027

Valide jusqu'au 31 mars 2027

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

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

chèque  argent comptant  virement Interac™

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

Paiement reçu par : \_\_\_\_\_

Représentant de La Maison soutien aux aidants

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

Questions ou inquiétudes? Communiquez avec nous:

**450 375-9115**

197, rue Paré, Granby (Québec) J2G 5E4

info@servicesauxaidants.ca | www.servicesauxaidants.ca



lamaisonsoutienauxaidants

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

### Nos services\*

- Intervention individuelle et familiale
- Groupe de soutien
- Formations et thématiques
- Répit à domicile
- Relais-Répit (répit 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)

\* Certains de nos services et privilèges sont réservés aux membres proches aidants

### Nos bureaux administratifs sont ouverts:

Lundi au jeudi : 9h à 12h et 13h à 16h

Vendredi: 9h à 12h