

## IDENTIFICATION

### Je suis une personne ...

Sourde (LSQ)                      Sourde (oraliste)  
malentendante                    devenue-sourde  
sourde-aveugle (Usher)        avec implant cochléaire  
entendante

### Je demeure dans la région des/de:

Laurentides                      Lanaudière  
Laval                              Montréal  
autre: \_\_\_\_\_

Je n'étais **PAS** membre l'an dernier  
Je suis un **ANCIEN** membre  
Je suis un **NOUVEAU** membre

### Je suis ...

adulte                              proche-aidant  
adulte-aîné (55 ans +)        étudiant  
parent sourd d'un enfant sourd  
parent entendant d'un enfant sourd  
enfant de parent,s sourd,s (CODA)

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        **PAPIER**  
en format papier ou PDF seulement                    **PDF** (voir sur site web)

**Je suis conjoint,e** d'un membre APPAL  
Le nom de mon/ma conjoint,e est: \_\_\_\_\_

## COMMENT ME CONTACTER

### Mes coordonnées:

Nom: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone SRV/Cell/ATS: \_\_\_\_\_  
Courriel: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
ATS: \_\_\_\_\_

### Préférence de communication ...

SRV                      Courriel                      FAX                      ATS  
Texto                      Messenger

## JE PAIE MA COTISATION ANNUELLE = 10\$

en argent                      Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
par chèque                      jour                      mois                      année

Signature : \_\_\_\_\_

### 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!

## 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](http://w2.appal.ca)

### S.v.p. veuillez répondre à ces questions par oui ou non

- Travaillez-vous pour un autre organisme communautaire? ☐ oui ☐ non
- Êtes-vous bénévole sur le CA d'un autre organisme communautaire? ☐ oui ☐ non

## VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SONT IMPORTANTS POUR NOUS! CONSENTEMENT.

Lorsque vous remplissez ce formulaire vous acceptez qu'on recueille des renseignements personnels pour vous identifier. Ces renseignements sont conservés de manière confidentielle, en format papier dans un cartable rangé sous clé et aussi en version numérisée pour nos dossiers. Seuls les membres du Conseil et de l'équipe y ont accès. L'APPAL conserve ces informations pour un maximum de 3 années afin de pouvoir vous transmettre des informations, bulletins et avis au sujet du renouvellement. Certains éléments non-nominatifs (sans nom) sont utilisés à des fins statistiques. Merci pour votre confiance! Pour toute question, demande ou plainte à l'égard du respect de vos données ou de la tenue des renseignements personnels selon les lois en vigueur, il faut vous référer à la direction générale: [direction@appal.ca](mailto:direction@appal.ca). Merci!

- Travaillez-vous pour un organisme public (gouvernement)? ☐ oui ☐ non
- Êtes-vous élu,e ou nommé,e sur le CA d'un organisme public? ☐ oui ☐ non
- Avez-vous une entreprise qui offre des services ou produits aux personnes sourdes et malentendantes? ☐ oui ☐ non

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](mailto:info@appal.ca) — Site Internet: [w2.appal.ca](http://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 : \_\_\_\_\_