



# Défi-Intégration-Développement-Accompagnement (DIDA)

## FORMULAIRE D'ADHÉSION

**NOTE : COMPLÉTEZ LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE ET LE RETOURNER À L'ORGANISME**

*À l'usage de l'organisme seulement*

Date:

Montant payé:

Renouvellement  Nouveau  Année: 2019-2020

Argent:  Chèque:  Autres:

Nom:		Prénom:	
Adresse: numéro et rue			
Ville:		(Québec)	Code postal:
☎ Tél. (résidence)		☎ Cellulaire:	
✉ Adresse de courriel:			
Sexe: Féminin <input type="checkbox"/> Masculin: <input type="checkbox"/>		Date de naissance:	
		jour	mois année

### PERSONNE RESPONSABLE:

Nom:		Prénom:	
Lien:		☎ Tél. (bureau)	
☎ Tél. (résidence)		☎ Cellulaire:	
✉ Adresse de courriel:			

### PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE: (S'assurer de répondre en tout temps)

Nom:		Prénom:	
Lien:		☎ Tél. (bureau)	
☎ Tél. (résidence)		☎ Cellulaire:	

### NOM DE L'INTERVENANT(E)/TRAVAILLEUR SOCIAL/ÉDUCATEUR S'IL Y A LIEU :

Nom:		Prénom:	
Établissement et numéro de téléphone:			

**IDENTIFICATION DU MILIEU DE VIE:**

- |                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| Famille naturelle                | <input type="checkbox"/> |
| Ressource de type familial (RTF) | <input type="checkbox"/> |
| Ressource intermédiaire (RI)     | <input type="checkbox"/> |
| Appartement                      | <input type="checkbox"/> |
| Autres                           | <input type="checkbox"/> |

**CATÉGORIE DE MEMBRES****MEMBRE ACTIF:**

Personne présentant une déficience intellectuelle de 18 ans et plus:	<input type="checkbox"/>	15,00\$
Père: <input type="checkbox"/> Mère: <input type="checkbox"/> Frère: <input type="checkbox"/> Soeur: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15,00\$

Nom du participant

**MEMBRE DU MILIEU:**

Toute personne physique ou morale ayant un intérêt particulier pour la cause:	<input type="checkbox"/>	15,00\$
---	--------------------------	---------

**AUTORISATION**

Pour publication, je, \_\_\_\_\_, (ou la personne responsable) autorise l'organisme DIDA à prendre des photos, films, enregistrements sonores et/ou magnétoscopiques lors d'activités avec cet organisme.

Oui:  Non: 

Par la présente, j'autorise DIDA à communiquer des renseignements contenus au dossier de \_\_\_\_\_ aux organismes suivants:

CISSS Lanaudière (Programme DI)  Commission scolaire  CLSC   
Autres  Spécifiez: \_\_\_\_\_

signature

date

**ÊTES-VOUS INTÉRESSÉ À :**Siéger sur le conseil d'administration: Oui:  Non: Être bénévole: Oui:  Non: 

Veuillez faire parvenir votre formulaire dûment complété et votre chèque à l'ordre de  
**Défi-Intégration-Développement-Accompagnement (DIDA)**  
à l'adresse suivante : 10, rue Notre-Dame, local 111, Repentigny (Québec) J6A 2N9

Pour des renseignements complémentaires, vous pouvez nous joindre par téléphone au (450) 704-2777  
ou par courriel : [info@dida-integration.org](mailto:info@dida-integration.org)