



Programmes et services pour les aînés  
Programs and services for seniors

**MEMBERSHIP FORM**  
**FORMULE D'INSCRIPTION**

**All information is kept strictly confidential and is solely for internal usage and statistical purposes.**  
**Toutes les informations sont gardées strictement confidentielles et servent uniquement à des fins internes et statistiques.**

**MEMBERSHIP # / # D'ADHÉSION**

**(OFFICE PURPOSES / USAGE DE BUREAU)**

**PLEASE PRINT CLEARLY / VEUILLEZ ÉCRIRE CLAIREMENT:**

**Name / Nom:**

\_\_\_\_\_ (Family Name / Nom de famille) (First Name / Prénom)

**Maiden Name / Nom de fille:** \_\_\_\_\_

**Address / Adresse:** \_\_\_\_\_ **Apt #** \_\_\_\_\_

**City / Ville:** \_\_\_\_\_ **Postal Code / Code Postal:** \_\_\_\_\_

**Email / Adresse courriel:**

**Telephone / Téléphone**

**Home / Maison ( )** \_\_\_\_\_

**Mobile ( )** \_\_\_\_\_

**Date of Birth / Date de naissance**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**D/J / M/M / Y/A**

**Languages Spoken / Langues parlées**

- English / Anglais  French / Français  
 Other / Autre: \_\_\_\_\_

**Marital Status / État civil**

- Single / Célibataire  Married / Marié(e)  Widowed / Veuf (Veuve)  Divorced / Divorcé(e)

**Occupation (former and/or present / ancienne et/ou courante):**

**How did you hear about the Centre? / Comment avez-vous entendu parler du Centre?**

- Website / Site Internet  Newspaper / Journal  Member / Membre  
 Friends or Family / Amis ou Famille  Health Care or Social Worker / Travailleur Social ou de Santé  
 Other / Autre: \_\_\_\_\_

**Have you any special interests? / Avez-vous des intérêts spéciaux?**

**Are you interested in volunteering at the Centre? / Êtes-vous intéressé à faire du bénévolat au Centre?**

- Yes / Oui  No / Non

If yes, please select volunteer interests / Si oui, veuillez sélectionner les intérêts de bénévolat

- Friendly Calls / Appels Amicaux  Cooking / Cuisine  
 Friendly Visits / Visites Amicales  Baking / Cuisson  
 Grocery Shopping / Épicerie  Help in Kitchen / Aide dans la Cuisine  
 Special Events / Événements Spéciaux  Help During Trips / Aide Pendant les Voyages  
 Medical Accompaniments / Accompagnement Médical  Other / Autre: \_\_\_\_\_

**Do you use a walking aid? / Utilisez-vous une aide à la marche?**

Yes / Oui                       No / Non

If yes, please select the type of aid / Si oui, veuillez sélectionner le type d'aide que vous utilisez

Walker / Marchette                       Cane / Canes

**Are you registered in the Transport Adapté Program? / Êtes-vous inscrit au programme Transport Adapté?**

Yes / Oui                       No / Non

**EMERGENCY CONTACTS / PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE...**

Name/Nom: \_\_\_\_\_ Relationship/Relation: \_\_\_\_\_

Home Phone/Téléphone maison: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Mobile: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Work Phone/Téléphone au travail: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email/Adresse courriel: \_\_\_\_\_

Name/Nom: \_\_\_\_\_ Relationship/Relation: \_\_\_\_\_

Home Phone/Téléphone maison: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Mobile: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Work Phone/Téléphone au travail: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email/Adresse courriel : \_\_\_\_\_

**NAME OF DOCTOR / NOM DU DOCTEUR:** \_\_\_\_\_

Phone / Téléphone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**NAME OF HOSPITAL / NOM DE L'HOPITAL:** \_\_\_\_\_

Phone / Téléphone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

IT IS UNDERSTOOD AND AGREED AS A  
CONDITION OF MEMBERSHIP THAT  
CONTACTIVITY CENTRE INC. AND  
THEIR EMPLOYEES, OFFICERS AND  
DIRECTORS SHALL NOT BE LIABLE IN  
ANY WAY FOR ANY LOSS, DAMAGE OR  
INJURY, HOWEVER CAUSED, WHICH  
MAY HAPPEN ON THE PREMISES OR IN  
CONNECTION WITH ANY ACTIVITY.

IL EST CONVENU COMME CONDITION  
D'ADHESION AU CENTRE  
CONTACTIVITÉ INC., QUE LEURS  
EMPLOYÉS, LES CONSEIL DE  
DIRECTION ET LES MEMBRES DU  
CONSEIL D'ADMINISTRATION NE  
SERONT EN AUCUN CAS TENUS  
RESPONSABLES DE QUELQUE PERTE,  
DOMMAGE OU ACCIDENT, QUEL  
QU'EN SOIT LA CAUSE, POUVANT SURVENIR  
AU CENTRE OU DANS LE CADRE D'UNE  
ACTIVITÉ QUELCONQUE.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**FOR OFFICE USE ONLY:**

**REGISTRATION FEE:**                        \$20     \$30  

**MEMBERSHIP CARD:**                      \_\_\_\_\_

**ENTERED IN SALESFORCE:**                      \_\_\_\_\_

**PAID FOR MAILING:**                      **Y**    **N**

**MEDICAL FORM:**                      \_\_\_\_\_

**DONATION RECEIPT:**                      \_\_\_\_\_

OFFICE PURPOSES

**MEDICAL INFORMATION SHEET**  
**FICHE D'INFORMATION MEDICALE**

**Please note: This form will be kept in the office, will remain confidential, and will only be available to staff members. This information is gathered for emergency purposes only. It will be used if 911 is contacted and with ambulance technician.**

**Veillez noter: Ce formulaire sera conservé au bureau, restera confidentiel et ne sera accessible seulement qu'aux membres du personnel. Ces informations sont recueillies uniquement à des fins d'urgence. Il sera utilisé si le 911 est contacté et avec un technicien ambulancier.**

**PLEASE PRINT CLEARLY / VEUILLEZ ÉCRIRE CLAIREMENT:**

**Name / Nom:**

\_\_\_\_\_  
(Family Name / Nom de famille)

\_\_\_\_\_  
(First Name / Prénom)

**If you have any medical conditions, please complete the following / Si vous avez des conditions médicales, veuillez compléter ce qui suit:**

**ALLERGY / ALLERGIE**  Yes / Oui  No / Non

If yes, please specify / Si oui, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

Medications / Médicaments: \_\_\_\_\_

**DIABETES / DIABÈTE**  Yes / Oui  No / Non

If yes, please specify what type / Si oui, veuillez préciser quel type: \_\_\_\_\_

Medications / Médicaments: \_\_\_\_\_

**HEART CONDITION / PROBLÈME CARDIAQUE**  Yes / Oui  No / Non

If yes, please specify / Si oui, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

Medications / Médicaments: \_\_\_\_\_

**RESPIRATORY DIFFICULTIES / DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES**  Yes / Oui  No / Non

If yes, please specify / Si oui, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

Medications / Médicaments: \_\_\_\_\_

**OTHER HEALTH ISSUES / AUTRE PROBLÈME DE SANTÉ**

Please specify / Veuillez préciser: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medications / Médicaments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OTHER MEDICATIONS / AUTRE MÉDICAMENTS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**You may attach a list of current medications you are taking pertaining to your health issues /  
vous pouvez annexer une liste des médicaments que vous prenez actuellement en rapport avec  
vos problèmes de santé.**