



PROGRAMS AND SERVICES FOR SENIORS
PROGRAMMES ET SERVICES POUR LES AÎNÉS

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: _____



PROGRAMS AND SERVICES FOR SENIORS
PROGRAMMES ET SERVICES POUR LES AÎNÉS

MEMBERSHIP # / # D'ADHÉSION

OFFICE PURPOSES / USAGE DE BUREAU

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.**