

DATE: _____
DD / MM / YA

APPLICATION FOR MEMBERSHIP
FORMULE D'INSCRIPTION

1. NAME:
NOM: _____
(Family Name / Nom de famille) (First Name / Prenom)
2. MAIDEN NAME:
NOM DE FILLE: _____
3. ADDRESS:
ADRESSE: _____
(Apartment)

(City / Ville) (Postal Code / Code Postal)
4. TELEPHONE / TÉLÉPHONE: _____
5. EMAIL ADDRESS:
ADRESSE DE COURRIE: _____
6. MARITAL STATUS :
ETAT CIVIL : _____
7. DATE OF BIRTH :
DATE DE NAISSANCE: _____
DD / MM / YA
8. NAME OF NEXT OF KIN OR FRIEND FOR EMERGENCY CONTACT:
NOM DE PLUS PROCHE PARENT OU PERSONNE EN CAS D'URGENCE:

9. RELATIONSHIP / RELATION: _____
10. TELEPHONE / TÉLÉPHONE: _____
11. HEALTH PROBLEMS WE SHOULD KNOW ABOUT:
PROBLEMES DE SANTÉ NOUS DEVRIONS ÊTRE AU COURANT: _____

12. MEDICATION / MEDICAMENTS: _____

13. ALLERGIES: _____

TURN OVER TO PAGE 2 →
TOURNEZ À LA PAGE 2 →

14. **IF RETIRED, PAST OCCUPATION:**
SI RETRAITÉ, OCCUPATION ANTERIEURE: _____

15. **HOW DID YOU HEAR ABOUT THE CENTRE:**
COMMENT-AVEZ VOUS ENTENDU PARLER DU CENTRE: _____

16. **HAVE YOU ANY SPECIAL INTEREST:**
AVEZ-VOUS DES INTÉRÊTS SPECIAUX: _____

17. **OTHER:**
AS IN ALL COMMUNITY CENTRES, CONTACTIVITY RELIES ON THE HELP OF VOLUNTEERS –
WOULD YOU BE INTERESTED

IN VOLUNTEERING IN OUR KITCHEN: _____

IN VOLUNTEERING FOR OUR TELE-CHECK SERVICE: _____

AUTRE:
EN TANT QU'UN ORGANISME COMMUNAUTAIRE BÉNÉVOLE LE CENTRE CONTACTIVITÉ
DEPEND DE L'ACTION BÉNÉVOLE A FIN D'OFFRIR UNE GAMME DE SERVICES AUX MEMBRES DU
CENTRE ET À LA COMMUNAUTE:

EST-CE QUE VOUS SERIEZ INTÉRESSÉ(E) A FAIRE DU BÉNÉVOLAT DANS NOTRE PROGRAMME DE REPAS
COMMUNAUTAIRE : _____

NOTRE SERVICE D'APPELS TÉLÉPHONIQUES QUOTIDIENS : _____

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 DE SON
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 : _____

SIGNATURE : _____

DATE : _____

DD / MM / YA

DATE : _____

DD / MM / YA

FOR OFFICE USE ONLY:	REGISTRATION FEE: _____	PAID FOR MAILING:	Y	N
	MEMBERSHIP CARD: _____	EMAIL LIST:	_____	
	BIRTHDAY LIST: _____	TELEPHONE LIST:	_____	
	STATISTIC LIST: _____	MAILING LIST:	_____	