



PROGRAMS AND SERVICES FOR SENIORS
PROGRAMMES ET SERVICES POUR LES AÎNÉS

Formulaire d'adhésion/Membership Form

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT/PLEASE PRINT CLEARLY :

Nom/Last Name: _____ Prénom/First Name: _____

Date de naissance/Date of Birth: _____ / _____ / _____ Adresse/Address: _____ Apt # _____
D / M / A/Y

Ville/City: _____ Code postal/Postal Code: _____

Téléphone à domicile /Home Telephone: (____) _____

Cellulaire/Mobile Phone: (____) _____

Courriel/Email: _____

Langues parlée/Languages Spoken: Anglais/English Français/French

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

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

Oui/Yes Non/No

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

Déambulateur/Walker Canne /Cane

Utilisez-vous le transport adapté ?/Do you use Adapted Transport?

Oui/Yes Non/No

Contact en cas d'urgence/Emergency contact:

Nom/Name: _____ Relation/Relationship: _____
Téléphone à domicile/Home Phone: (_____) _____
Cellulaire/Mobile: (_____) _____
Téléphone au travail/Work Phone: (_____) _____
Courriel/Email: _____

2e personne à contacter en cas d'urgence/2nd Emergency contact:

Nom/Name: _____ Relation/Relationship: _____
Téléphone à domicile /Home Phone: (_____) _____
Cellulaire/Mobile: (_____) _____
Téléphone au travail /Work Phone: (_____) _____
Courriel/Email: _____

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Site web/Website | <input type="checkbox"/> Journal/Newspaper |
| <input type="checkbox"/> Membre/Member | <input type="checkbox"/> Professionnel(le) de la santé ou travailleur(se)
social(e) /Health Care or Social Worker |
| Média Sociaux/Social Media | |
| <input type="checkbox"/> Amis ou famille/Friends or Family | <input type="checkbox"/> Autre/Other: _____ |

Numéro de carte d'assurance maladie (en cas d'urgence)/Medicare card number (in case of emergency)

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

- Oui/Yes Non/No

Si oui, veuillez sélectionner vos champs d'intérêt pour le bénévolat/**If yes**, please select volunteer interests:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Telecheck | <input type="checkbox"/> Appels amicaux/Friendly Calls |
| <input type="checkbox"/> Projets intergénérationnels/Intergenerational Projects | <input type="checkbox"/> Visites amicales/Friendly Visits |
| <input type="checkbox"/> Pâtisserie/Baking | <input type="checkbox"/> Événements spéciaux Special Events |
| <input type="checkbox"/> Aide au service des repas du midi/Help Serving Lunches | <input type="checkbox"/> Vente d'artisanat/Craft Sales |
| <input type="checkbox"/> Accompagnement médical/Medical Accompaniment | <input type="checkbox"/> Appels d'anniversaire/Birthday Calls |
| Autre/Other: _____ | |

DON: Contactivity dépend des dons pour financer ses programmes, ses activités, ses repas du midi et ses célébrations. Nous vous **invitons à envisager de faire un don par chèque ou en ligne (contactivitycentre.org)**. Nous sommes un organisme de bienfaisance enregistré et des reçus fiscaux sont remis pour les dons de 20\$ et plus.

DONATION: Contactivity relies on donations to help fund our programs, activities, lunches and celebrations. Please consider **making a donation via cheque or online** (contactivitycentre.org). We are a registered charity and tax receipts are issued for donations of \$20 and over.

Montant inclus ou payé en ligne/Amount Enclosed or Paid Online.

FRAIS D'ADHÉSION/MEMBERSHIP FEE (20.00\$):

OU/OR

FRAIS D'ADHÉSION ET ENVOI POSTAL/MEMBERSHIP FEE & MAILING (45.00\$):

DON/DONATION:

TOTAL/TOTAL:

Veillez faire parvenir les documents en personne ou les envoyer par courriel à l'adresse suivante:

Please deliver the documents in person or send them by email to the following:

Courriel/Email: admin@contactivitycentre.org

Adresse postale/Mailing Address:

Contactivity Centre

310, avenue Victoria, bureau 102

Westmount (Québec) H3Z 2M9

Canada