



350, rue St-Joseph Matane (Québec) G4W 1N8
418-562-0918 | info@maisondesfamillesmatanie.org
www.maisondesfamillesmatanie.org

Carte de membre

Informations sur le membre

Membre (adulte) : _____

Date de l'adhésion : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : (Rés.) _____

(Cell.) _____

Courriel : _____

En cas d'urgence

Veuillez nous indiquer deux personnes que nous pourrions contacter en cas d'urgence autre que les membres de votre famille (conjoint.e / enfants 0-17 ans habitant à la maison).

Prénom et nom :	Prénom et nom :
Téléphone : (rés.)	Téléphone : (rés.)
Téléphone : (autre)	Téléphone : (autre)

Veuillez noter que tous les renseignements fournis dans le formulaire seront confidentiels.

Autres membres de la famille

Nom du conjoint/conjointe : _____

Téléphone : (Bur.) _____

(Cell.) _____

Courriel : _____

(Veuillez fournir les informations de tous les enfants de votre famille entre 0 et 17 ans)

Nom de famille :		Prénom :	
Date de naissance :		Âge :	
Numéro de carte maladie :			
Allergies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Spécifiez :	
Autres maladies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Spécifiez :	

Nom de famille :		Prénom :	
Date de naissance :		Âge :	
Numéro de carte maladie :			
Allergies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Spécifiez :	
Autres maladies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Spécifiez :	

Nom de famille :		Prénom :	
Date de naissance :		Âge :	
Numéro de carte maladie :			
Allergies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Spécifiez :	
Autres maladies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Spécifiez :	

AUTORISATIONS (veuillez cocher)

- J'autorise les personnes désignées par la Maison des Familles de la Matanie à administrer, en cas d'urgence, la **dose d'adrénaline** à mon enfant. Il est de ma responsabilité que mon enfant ait sa dose avec lui si besoin lors des activités de la Maison des Familles.
- Puisque la Maison des Familles de la Matanie prendra des **photos** et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'année 2021-2022, j'autorise celle-ci à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété de la Maison des Familles de la Matanie.
- En signant la présente, j'autorise la Maison des Familles de la Matanie à prodiguer les **premiers soins** à mon enfant. Si la direction de la Maison des Familles le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Si des modifications de **l'état de santé** de mon enfant surviennent durant l'année 2021-2022, pouvant nuire au fonctionnement d'une activité, je m'engage à transmettre cette information à la direction de l'organisme, qui fera le suivi avec l'animatrice de l'enfant.
- J'autorise mon enfant à prendre le **transport** prévu par la Maison des Familles lors des activités à l'extérieur de la Maison des Familles. En signant, je consens à ce que la Maison des Familles et ses employées se dégagent de toutes responsabilités face au transport.

Engagement du membre

- ✓ Je m'engage à collaborer avec la direction de la Maison des Familles de la Matanie et à venir la rencontrer ainsi que l'animatrice de mon enfant si le **comportement** de celui-ci nuit au bon déroulement des activités.
- ✓ Je m'engage à garder mon enfant à la maison si celui-ci est **fiévreux**.
- ✓ Je m'engage à respecter les **règles de vie** de la Maison des Familles de la Matanie.
- ✓ Par la présente, je m'inscris comme membre de la Maison des Familles de la Matanie ainsi que tous les membres de ma famille et **je m'engage à défrayer 5 \$.**
La période de validité de l'abonnement est de 12 mois.

Bénévolat (veuillez cocher si vous souhaitez faire du bénévolat)

- Je désire faire du bénévolat à l'occasion.

Signature

Date