



ASSOCIATION LAVALLOISE DES PERSONNES AIDANTES (ALPA)

**F O R M U L A I R E D ' I N S C R I P T I O N**

No de membre :

Nom :

Référé par :

Prénom :

Sexe :

F  M

Adresse :

Code Postal :

Téléphone domicile :

Télécopieur :

Cellulaire :

Tél. (Travail) :

Adresse de courriel :

Statut civil :

Date de naissance :

Maladie de l'aidé :

Langues parlées

Français

Écrit

Anglais

Écrit

Autres langues, spécifiez

Lien avec l'aidé :

Âge de la personne aidée

Êtes-vous aidant(e) actuellement? Oui  Non

Depuis combien de temps? \_\_\_\_\_

Combien d'heures par semaine consacrez-vous à cette aide? \_\_\_\_\_

L'aidé est :

En hébergement

À domicile

Recevez-vous les services?

Du CSSS (CLSC)

D'un organisme communautaire

Du secteur privé

Lequel? \_\_\_\_\_

Souhaiteriez-vous devenir bénévole pour l'ALPA?

Oui  Non

Signature : \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_