



INSCRIPTION AU PROGRAMME PAIR



IDENTIFICATION DU MEMBRE

Nom		Prénom			Date de naissance a m j	
Adresse (no, rue)				Appartement		
Ville Trois-Rivières		Code postal	Téléphone (<input type="checkbox"/> Rés. <input type="checkbox"/> Bur. <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/> Autre)		Poste	
Heures désirées de l'appel		À (heure) h m	À (heure) h m	Compagnie de téléphone		
Vit seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Êtes-vous autonome pour marcher?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Handicap physique ou maladie						

PERSONNES RESSOURCES

Nom		Prénom			
Lien avec le membre			Possède une clé des lieux		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
1	Téléphone (<input type="checkbox"/> Rés. <input type="checkbox"/> Bur. <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/> Autre)	Poste	Téléphone (<input type="checkbox"/> Rés. <input type="checkbox"/> Bur. <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/> Autre)	Poste	
Adresse (no, rue, app.)			Ville	Code postal	

Nom		Prénom			
Lien avec le membre			Possède une clé des lieux		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	Téléphone (<input type="checkbox"/> Rés. <input type="checkbox"/> Bur. <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/> Autre)	Poste	Téléphone (<input type="checkbox"/> Rés. <input type="checkbox"/> Bur. <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/> Autre)	Poste	
Adresse (no, rue, app.)			Ville	Code postal	

Nom		Prénom			
Lien avec le membre			Possède une clé des lieux		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Téléphone (<input type="checkbox"/> Rés. <input type="checkbox"/> Bur. <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/> Autre)	Poste	Téléphone (<input type="checkbox"/> Rés. <input type="checkbox"/> Bur. <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/> Autre)	Poste	
Adresse (no, rue, app.)			Ville	Code postal	

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Inscrit le a m j	Mise à jour <input type="checkbox"/>	Envoi documents <input type="checkbox"/>	Avisé cellulaire <input type="checkbox"/>	Regroupement	N° membre
-------------------------	--------------------------------------	--	---	--------------	-----------