



## INSCRIPTION AU PROGRAMME PAIR



### IDENTIFICATION DU MEMBRE

Nom		Prénom			Date de naissance a   m   j	
Adresse (no, rue)				Appartement		
Ville <b>Trois-Rivières</b>	Code postal	Téléphone ( <input type="checkbox"/> Rés. <input type="checkbox"/> Bur. <input type="checkbox"/> Cell. <input type="checkbox"/> Autre)		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	

Veuillez retourner le présent formulaire par courriel : [sptr.communautaire@v3r.net](mailto:sptr.communautaire@v3r.net) ou par télécopieur : (819) 694-0592 ou composer le 819 370-6700, poste 3232.

### RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

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