



Renseignements personnels
(remplir un formulaire par étudiant)

ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN entre 17-21 ans
ayant la même adresse que le parent-membre

Nom		Prénom				
Adresse (même que parent-membre)		Municipalité/Ville		Province		
Code postal		Date de naissance :		Année	Mois	Jour
Téléphone :		Maison	Travail	Cellulaire	Urgence #	
Courriel (en lettres moulées)						
ADMISSIBILITÉ:						
• Nom du parent-membre : _____						
• Étudiant à temps plein entre 17 et 21 ans avec preuve (À JOINDRE AVEC LE FORMULAIRE) et ayant la même adresse permanente que le parent-membre n'a pas à souscrire pour les parts sociales;						
• Étudiant à temps plein entre 17 et 21 ans ayant la même adresse permanente que le parent-membre doit payer une cotisation annuelle 50 % du tarif de l'adulte, soit 7,50 \$ par mois ou 90 \$ par année.						

Je suis à la recherche d'un médecin de famille : Oui Non

Mon médecin de famille est _____

Adhésion à la coopérative

- **J'accepte de payer la contribution annuelle (taxable et non remboursable).**
- **Je reconnais également avoir reçu et lu toute l'information au verso de ce formulaire d'adhésion et que j'ai également signée.**

Signé à _____ , _____
(municipalité) (date)

X Signature de l'étudiant _____

Veillez s'il vous plaît lire attentivement tout ce qui suit et signer au bas du formulaire.

**ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN entre 17 et 21 ans
ayant la même adresse que le parent-membre**

1. Les AVANTAGES que me procure mon statut de membre sont :
- Accès aux services médicaux et professionnels et des soins infirmiers tels que les tests sanguins, la vérification de la pression sanguine, la vaccination, le changement de pansements, etc.
 - Je peux avoir accès et participer à des programmes en prévention et en promotion de la santé, mis sur pied par ma Coop du Centre de santé.
 - Je peux m'impliquer dans les activités d'organisation et de développement de ma Coop du Centre de santé et ainsi participer au processus visant à améliorer ma communauté, ma santé et la santé de ma communauté.
 - Je peux assister à chaque année à l'Assemblée générale annuelle de ma Coop du Centre de santé dans le but d'interagir avec ses dirigeants et d'autres membres impliqués. J'en apprendrai beaucoup sur ce qui a été fait et sur ce qui s'en vient, je peux poser des questions et je peux aussi poser ma candidature pour faire partie du Conseil d'administration et participer à la prise de décisions.
 - Je peux jouir de la satisfaction de savoir que je contribue directement au développement social, économique et communautaire de mon milieu de vie, et que je fais preuve de solidarité.

2. La Coopérative s'engage à traiter tout renseignement personnel avec la plus stricte confidentialité.

3. La part sociale et la cotisation annuelle servent à contribuer au financement des frais d'exploitation du centre de santé, des services offerts par les infirmières et des activités de prévention et promotion de la santé. Veuillez noter que la part sociale et la cotisation annuelle ne constituent aucunement une condition préalable pour avoir accès ou une priorité d'accès à un médecin pratiquant au centre de santé de la coopérative de solidarité.

4. J'aimerais contribuer à la vie de cette communauté et m'impliquer dans ce projet de développement social :

Oui Non

Mes compétences sont les suivantes:

5. Les frais de cotisation peuvent être modifiés par la direction du conseil d'administration :

COTISATION	MENSUELLE	ANNUELLE
ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN (17-21) (même adresse que parent-membre)	7,50 \$/mois : 6,52 \$ plus TPS (5%) plus TVQ (9.975%)	90 \$/année : 78,28 \$ plus TPS (5%) plus TVQ (9.975%)

MODE DE PAIEMENT	INSTRUCTIONS ET/OU DOCUMENTS À JOINDRE avec le formulaire d'adhésion
CHÈQUE MENSUEL PRÉAUTORISÉ <input type="checkbox"/> 7,50 \$	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire bancaire (PAD) • Chèque "annulé"
CHÈQUE ANNUEL PRÉAUTORISÉ <input type="checkbox"/> 90 \$	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire bancaire (PAD) • Chèque "annulé"
CHÈQUE OU COMPTANT ANNUEL <input type="checkbox"/> 90 \$	<ul style="list-style-type: none"> • Chèque à l'ordre de : CSVM • Faire parvenir au : 1082, rue Main, Ayer's Cliff ou remettre au personnel du CSVM pendant les heures d'ouverture. • Ne pas envoyer d'argent par courrier

Si possible, ne pas utiliser ce mode de paiement pour éviter des frais d'administration additionnels à votre COOP.

CARTE DE CRÉDIT - ANNUEL <input type="checkbox"/> 90 \$ • Nom imprimé du titulaire: _____	<ul style="list-style-type: none"> • VISA # _____ Exp. _____ 3 n^{os} au verso : _____ • MASTERCARD # _____ Exp. _____ 3 n^{os} au verso : _____
--	--

Je reconnais avoir lu et compris tous les éléments apparaissant ci-dessus.

X

Signature de l'étudiant

date

RÉSERVÉ AU PERSONNEL

Numéro du membre : _____

- Demande d'autorisation légale de signature si le formulaire est rempli pour un autre membre.
 Reçu émis

Signature du receveur de la demande d'adhésion

2/2