

IMPORTANT : Veuillez sauvegarder ce formulaire avant de le remplir

FORMULAIRE D'INSCRIPTION Maison des familles de Verdun (MFV) – CONFIDENTIEL

Toutes les informations contenues dans ce formulaire sont confidentielles et ne seront remis à aucun tiers
Sauf à des fins de statistiques ou de rapports annuels (ex. : Ministères, bailleurs de fonds, etc.) voir Section **5**

Précisions pour les personnes qui ont déjà rempli ce formulaire dans le passé


1. Êtes-vous membre de la Maison des familles de Verdun (vous avez déjà rempli le formulaire dans le passé) **Non** **Oui**
S'il n'y a aucune modification à apporter au formulaire depuis que vous l'avez rempli dans le passé, svp cochez ici
 Dans ce cas, veuillez remplir la **section 1 seulement**.

Si vous avez des modifications à apporter au formulaire depuis que vous l'avez rempli dans le passé, svp cochez ici
 Dans ce cas, veuillez remplir la **section 1 et la ou les sections avec des modifications**.

Si vous désirez être membre et n'avez jamais rempli ce formulaire, svp remplir le formulaire au complet.

Section 1	Membre	Conjoint(e)
Nom :	Prénom:	Nom : Prénom:

Section 2	<i>(Membre)</i>	<i>(Conjoint)</i>
Sexe : F ___ M ___ Cochez si autochtone	Sexe : F ___ M ___ Cochez si autochtone	Sexe : F ___ M ___ Cochez si autochtone
Nationalité : _____ Si autre que canadienne, vous êtes arrivé au Canada en quelle année: _____	Nationalité : _____ Si autre que canadienne, vous êtes arrivé au Canada en quelle année: _____	Nationalité : _____ Si autre que canadienne, vous êtes arrivé au Canada en quelle année: _____
Scolarité (dernier niveau complété) _____	Scolarité (dernier niveau complété): _____	Scolarité (dernier niveau complété): _____
Date de naissance : AAAA / MM / JJ	Date de naissance : AAAA / MM / JJ	Date de naissance : AAAA / MM / JJ
Ville, province et pays d'origine :	Ville, province et pays d'origine :	Ville, province et pays d'origine :

 Adresse : _____ Apt. : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Résidentiel _____ Travail _____ Cellulaire _____

Autre _____ Si vos numéros de téléphone sont confidentiels, veuillez cocher **Non** **Oui**

Courriel du membre principal : _____ @ _____

J'accepte de recevoir par courriel toutes les communications de la MFV : **Non** **Oui**

Urgence : Personne à contacter (autre que vous-même). Autorisez-vous à venir chercher les enfants ?

Urgence (1) : Nom/prénom : _____ Tél. : _____ **Non** **Oui**

Urgence (2) : Nom/prénom : _____ Tél. : _____ **Non** **Oui**

Urgence (3) : Nom/prénom : _____ Tél. : _____ **Non** **Oui**

Section **3** **Les enfants (s.v.p. commencez par votre enfant le plus âgé)**

Nom	Prénom	Sexe F / M	Date de naissance	No de carte d'assurance maladie
			AAAA / MM / JJ	
			AAAA / MM / JJ	
			AAAA / MM / JJ	
			AAAA / MM / JJ	
			AAAA / MM / JJ	

Section 4

Santé

Est-ce que vous ou un membre de votre famille souffre de problèmes de santé particuliers ? Non Oui*
 *Si oui, veuillez remplir la grille si dessous ainsi qu'un formulaire détaillé au besoin et fournir une photo de chaque personne.

Nom de la personne concernée	Allergie, intolérance ou restrictions alimentaires	Problème de santé	Détails

Section 5

En tant que membre participant aux activités de la MFV, vous devez savoir :

- ☞ Que le personnel de la MFV adhère à un Code d'éthique rigoureux, particulièrement sur la confidentialité.
- ☞ Que les informations contenues dans ce formulaire ou toute communication relative à votre famille demeure confidentielle et s'effectue dans un cadre professionnel.
- ☞ Que nous avons à l'occasion besoin de donner des renseignements à nos bailleurs de fonds (ex. : MFA, Programme d'aide financière, Emploi Québec, etc...) *uniquement* pour des fins de statistiques ou de rapports annuels.
- ☞ Que la MFV et ses membres participent à l'occasion à des études, recherches ou évaluations. La MFV s'engage à vous aviser à l'avance et à vous donner le choix d'y participer ou non. Un formulaire distinct sera fourni à ces fins.

Référé par : Institution ____ Organisme ____ Journaux ____ Internet ____ Bottins ____ Ami(e) ____
 Nom de la personne qui vous a référé : _____

Famille: Biparentale ____ Monoparentale ____ Recomposée ____ Garde partagée ____ Grands-parents ____

Source de revenu familial : Travail ____ Chômage ____ Sécurité du revenu ____ Autre ____

Revenu familial : Moins de 18 000\$ 18 000\$ à 34 000\$ 34 000\$ à 53 000\$ 53 000\$ et plus

Langues parlées à la maison : Français Anglais Espagnol Autre : _____

Section 6

Besoins personnels ou familiaux

- Me sentir moins seul(e) - Être rassuré(e) sur ma vie de couple - Avoir du répit (prendre du temps pour soi)
 Mieux vivre ma situation familiale - Me sentir bien dans ma peau - Me faire des ami(e)s - Consultation personnelle
 Augmenter mon sentiment de compétence parentale - Développer mon estime personnelle - Être encouragé(e)
 Recevoir du réconfort - Permettre à mon enfant de socialiser - Développer l'estime de soi de mon enfant

Section 7

Besoins d'informations

- Discuter de mes problèmes de santé - Discuter des problèmes de santé de mon enfant - Connaître les ressources du milieu
 Être rassuré(e) sur le développement de mon enfant Discuter des difficultés relationnelles vécues avec mon entourage
 Mieux comprendre ma réalité familiale Apprendre et partager des astuces en lien avec l'éducation des enfants
 Trouver des pistes de solutions à mes difficultés (précisez) : _____
 Autres _____

Section 8

Autres informations

À certaines occasions, nous prenons des photos de vous ou de votre famille lors des activités de la MFV. Il se peut que nous utilisions ces photos pour de la promotion. Merci de cocher toutes les utilisations que vous acceptez :

Interne : Infolettre , rapport d'activités , babillard
 Externe : Site Web , Facebook , Promotion locale (dépliant et affichage) , Journal

Avez-vous la carte de bibliothèque de l'Arrondissement de Verdun ? Non Oui numéro de la carte : _____

J'ai lu et j'accepte toutes les informations ci-dessus.

J'ai lu et j'accepte de respecter les règles de fonctionnement et le code de vie de la MFV.

Nom et prénom du membre en lettres majuscules **Signature** _____ **Date** _____ **Initiales MFV** _____

Vérification des données au renouvellement (date et initiales) : _____ (date et initiales) _____ (date et initiales) _____

Ce formulaire continue à la page suivante (retiré, au besoin)