



## FORMULAIRE D'ADHÉSION

Il est important d'obtenir un portrait de nos membres aussi juste que possible pour fins de statistiques et de demandes de subventions. Les renseignements demandés ci-après seront tenus confidentiels.

### **PRIÈRE D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ n° appartement \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_\_ ☎ Autre : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Groupe d'âge :  20-30 ans  31-40 ans  41-50 ans  51-60 ans  61 et plus

### **AUTORISATION**

Je désire participer au groupe de partage sur Facebook :  Oui  Non

J'aimerais œuvrer à titre de bénévole pour l'Association :  Oui  Non

Dans quel domaine : \_\_\_\_\_

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

### **PAIEMENT DE LA COTISATION**

Membre en règle : 25 \$ pour un an  Don : \_\_\_\_\_ \$ Total : \_\_\_\_\_ \$

Prière de faire votre chèque à l'ordre de AFIM. Un reçu pour fins d'impôts sera émis pour les dons de 20 \$ et plus.

Organisme de bienfaisance enregistré sous le numéro 889691747RR0001.

### **RÉSERVÉ À L'AFIM**

Carte de membre postée le : \_\_\_\_\_ par : \_\_\_\_\_

Inscription sur la liste des membres le : \_\_\_\_\_ par : \_\_\_\_\_

Reçu pour don de charité numéro : \_\_\_\_\_ par : \_\_\_\_\_

Chèque inscrit le : \_\_\_\_\_ par : \_\_\_\_\_

## Renseignements additionnels

	Oui	Non		
Vivez-vous seul(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous des enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Travaillez-vous présentement ?	À temps plein <input type="checkbox"/>	À temps plein <input type="checkbox"/>		
	À temps partiel <input type="checkbox"/>	À temps partiel <input type="checkbox"/>		
Êtes-vous en congé de maladie présentement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si oui, est-ce pour cause de fibromyalgie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ce diagnostic est-il inscrit sur votre certificat médical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si oui, est-il accompagné d'un autre diagnostic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Recevez-vous des prestations d'assurance-salaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
En quelle année avez-vous reçu le diagnostic de fibromyalgie? _____				
Qui vous a diagnostiqué(e)? <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Rhumatologue <input type="checkbox"/> Autre				
Depuis quand croyez-vous être atteint(e) de fibromyalgie? _____				
Avez-vous réorienté votre carrière à cause de la fibromyalgie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous pris une retraite anticipée à cause de la fibromyalgie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous fait une demande de prestations d'invalidité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si oui, auprès de qui?				
<input type="checkbox"/> compagnie d'assurances <input type="checkbox"/> Régie des rentes du Québec <input type="checkbox"/> CSST <input type="checkbox"/> CARRA				
Quelle réponse avez-vous obtenue? <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> négative <input type="checkbox"/> ne sait pas encore				
Explications additionnelles (facultatif) :				
_____				
_____				
Êtes-vous satisfait(e) de l'attitude, de l'information fournie et des traitements proposés par votre :				
	Très	Assez	Peu	Pas du tout
Médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires :				