

**Regroupement des aveugles et amblyopes du Montréal métropolitain**

5225, rue Berri, bureau 101

Montréal (Québec) H2J 2S4

Tél. : 514-277-4401

FORMULAIRE D’ADHÉSION — INDIVIDU

Devenir membre du RAAMM, c’est d’abord et avant tout témoigner son appui à l’organisme et à sa mission. C’est ajouter sa voix à toutes celles qui revendiquent une société universellement accessible et inclusive où les personnes ayant une limitation visuelle peuvent s’accomplir et s’engager activement au sein de la communauté. Les membres réguliers ont aussi accès aux services du RAAMM, comme le service d’aide bénévole et les activités de groupe.

Merci de soumettre votre formulaire dûment complété et signé par courriel à [info@raamm.org](mailto:info@raamm.org), télécopieur au 514-277-8961 ou par la poste, accompagné du paiement de la cotisation.

Tous les renseignements fournis au RAAMM resteront strictement confidentiels et feront partie de statistiques nous aidant à mieux desservir notre clientèle.

# IDENTIFICATION

Avez-vous déjà été membre du RAAMM :

* Oui
* Non

Salutation :

* Madame
* Monsieur

Prénom :

Nom :

Date de naissance :

# COORDONNÉES

Adresse :

Arrondissement :

Ville :

Code postal :

Téléphone résidentiel :

Téléphone de bureau (avec numéro de poste) :

Téléphone cellulaire :

Courriel :

Sous quel format préférez-vous recevoir les documents du RAAMM ?

* Courriel
* Gros caractères
* CD audio
* Imprimé régulier
* Braille

Acceptez-vous que nous vous contactions occasionnellement par téléphone ou par courriel ?

* Oui
* Non

Pour vous tenir informer des nouvelles de l’organisme et de notre communauté, nous vous inscrirons à nos infolettres hebdomadaires Info-RAAMM et Écho du RAAMM. Vous pourrez vous désinscrire facilement.

Voulez-vous également recevoir notre infolettre Info-Travaux qui informe au sujet des travaux sur la voie publique ?

* Oui
* Non
* Je n’ai pas de courriel

# RENSEIGNEMENTS

Occupation ou profession :

Lieu de naissance :

* Canada
* Hors Canada (précisez votre pays) :

Comment avez-vous entendu parler du RAAMM ?

Votre réponse :

Avez-vous une déficience visuelle ?

* Oui
* Non

Si vous n’avez pas de déficience visuelle, passez à la section 4 — Motifs d’adhésion.

Degré de la déficience visuelle :

* Totale (fonctionnellement aveugle)
* Partielle (fonctionnellement voyant)

Déficience associée — vous pouvez en sélectionner plus d’une :

* Auditive
* Motrice
* Intellectuelle
* Trouble de santé mentale
* Autre, précisez :

Aide à la mobilité — vous pouvez en sélectionner plus d’une :

* Canne blanche
* Chien-guide
* Accompagnateur
* Marchette/déambulateur
* Fauteuil roulant
* Fauteuil motorisé
* Canne de soutien
* Aucune

Transport utilisé — vous pouvez en sélectionner plus d’un :

* Transport en commun
* Transport adapté
* Amis/famille
* Autre moyen de transport, précisez :

Avez-vous un dossier dans un centre de réadaptation ou à l’INCA ?

* INLB
* INCA
* MAB-Mackay
* Autre, précisez :

# MOTIFS D’ADHÉSION

Pour quelle(s) raison(s) adhérez-vous au RAAMM ?

* Pour participer à la promotion des intérêts et à la défense des droits des personnes aveugles et amblyopes.
* Pour les services d’accompagnement du Service d’aide bénévole.
* Pour participer aux activités de groupe.
* Pour m’impliquer et participer bénévolement à des comités de travail ou des projets.
* Pour rencontrer de nouvelles personnes.
* Pour me tenir au courant.
* Pour soutenir le RAAMM.
* Autre raison, précisez :

# COTISATION ANNUELLE

Le montant de la cotisation varie selon votre profil :

* 10 $ — Membre régulier (personne aveugle ou amblyope habitant l’Ile de Montréal, Laval ou la Montérégie)
* 20 $ — Membre associé (personne aveugle ou amblyope habitant hors du territoire OU personne voyante donnant son support au RAAMM)

Mode de paiement :

* Espèces (sur place seulement)
* Chèque (par la poste)
* Carte crédit (par téléphone et sur place)
* Carte débit (sur place seulement)
* Virement Interac (à [comptabilite@raamm.org](mailto:comptabilite@raamm.org), mot de passe à inscrire : Inclusion)
* Compte PayPal

Date :

Signature :