

# FORMULAIRE D'ADHÉSION

J'atteste, par la présente, que j'ai plus de 18 ans, que je suis francophone et que je réside ou travaille dans la région de Hamilton ou du Niagara. Je comprends la mission et les objectifs du Centre de santé, et je suis prêt(e) à y adhérer.

La mission du Centre :

Le Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara offre des services de santé, sociaux et communautaires en français afin d'améliorer la santé et la qualité de vie de la population.

Les objectifs du Centre :

1. Offrir un réseau de services professionnels préventifs, curatifs et de soutien en français, dans le domaine de la santé communautaire
2. Répondre aux besoins toujours changeants de la communauté francophone des régions définies
3. Offrir des programmes éducatifs pour encourager la clientèle à prendre en charge son bien-être physique, émotif, économique et social
4. Offrir un service basé sur un modèle interdisciplinaire visant la personne entière, en intégrant les services sociocommunautaires et les services de santé
5. Représenter les priorités des ministères dans les domaines de la prévention des maladies et de la promotion de la santé.

## \*Obligatoire

Que désirez-vous faire? \*

- Faire une première demande d'adhésion
- Renouveler mon adhésion

Prénom \*

Nom \*

Sexe \*

- Femme
- Homme

Adresse (nom de rue et numéro d'appartement) \*

Ville \*

Code postal \*

Région \*

- Région de Hamilton (inclut Burlington et Brantford)
- Région du Niagara
- Autre :

Téléphone \* (Domicile- cellulaire - travail)

Courriel

## Informations complémentaires

Préférence des moyens de communication \*

- Téléphone
- Courriel
- Poste

A quelle fréquence visitez-vous le site Internet du CSC H/N? [www.cschn.com](http://www.cschn.com)

- Tous les jours
- Chaque semaine
- Plus d'une fois par mois
- Quelques fois par an
- Jamais

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

- 18 - 24 ans
- 25 - 49 ans
- 50 ans et plus

Seriez-vous intéressé à vous impliquer dans l'un des comités consultatifs du Centre? Si oui le(s)quel(s)?

- Comité consultatif des aînés
- Comité consultatif des nouveaux arrivants
- Comité consultatif des parents de jeunes enfants
- Comité consultatif des jeunes (Hamilton seulement)

J'atteste, par la présente, que j'ai plus de 18 ans, que je suis francophone et que je réside ou travaille dans la région de Hamilton ou du Niagara. Je comprends la mission et les objectifs du Centre de santé, et je suis prêt(e) à y adhérer. \*

L'inscription de votre nom et prénom a valeur de signature

## Mention de confidentialité

Le Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara (CSC H/N) reconnaît l'importance de protéger l'information privée que vous lui confiez. Par information privée, nous entendons tout renseignement qui vous identifie directement, notamment votre nom complet, adresse, numéro de téléphone, adresse électronique ainsi que les commentaires que vous pourriez avoir au sujet du CSC H/N. L'information personnelle que nous recueillons à votre sujet sera utilisée pour dresser la liste officielle des membres du Centre de santé. Votre nom pourrait figurer sur une liste de membres ayant droit de vote à l'assemblée générale annuelle. Le Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara pourrait aussi vous envoyer des renseignements par la poste ou par courriel pour vous garder informé(e) des activités du CSC H/N. Sachez que vos renseignements personnels tels que votre nom et votre adresse ne seront pas partagés ou vendus à qui que soit sans votre permission expresse. Nous recueillons aussi des renseignements de vous qui ne peuvent pas être identifiés personnellement (par exemple votre groupe d'âge) afin de mieux comprendre l'utilisation de notre site Web. Veuillez contacter Adèle Tanguay, Coordinatrice de la planification et du soutien administratif si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements au sujet de la politique du Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara quant à nos pratiques concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels.