

157, rue Langevin, St-Boniface (Qc), G0X 2L0

## INFORMATION GÉNÉRALE

|                |                |   |
|----------------|----------------|---|
| PRÉNOM         | NOM            | DATE DE NAISSANCE                                     |
| ADRESSE        | VILLE          | CODE POSTAL   |
| # ass. Maladie | TÉL. RÉSIDENCE | CELLULAIRE  |
| Courriel       | SEXE           | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |

DRE VÉRONIQUE CAYA EST MON MÉDECIN DE FAMILLE

DRE SAMIHA POUDRIER EST MON MÉDECIN DE FAMILLE

DR PIERRE-VINCENT GIGUÈRE EST MON MÉDECIN DE FAMILLE

J'AI UN AUTRE MÉDECIN DE FAMILLE

JE SUIS SANS MÉDECIN DE FAMILLE

NOM \_\_\_\_\_

## IMPORTANT

**COÛT D'ADMISSION À LA COOPÉRATIVE :** JE COMPRENDS QUE LA SOUSCRIPTION DE PARTS SOCIALES DE QUALIFICATION ME PERMET D'ÊTRE MEMBRE DE LA COOPÉRATIVE. SI JE NE DÉSIRE PLUS ÊTRE MEMBRE DE LA COOPÉRATIVE, JE PEUX DEMANDER LE REMBOURSEMENT DE MES PARTS SOCIALES DE QUALIFICATION. CELLES-CI ME SERONT REMBOURSÉES CONFORMÉMENT À LA LOI SUR LES COOPÉRATIVES ET À LA CAPACITÉ FINANCIÈRE DE LA COOPÉRATIVE.

**CONTRIBUTION ANNUELLE VOLONTAIRE:** JE COMPRENDS QUE LA COOP SANTÉ ST-BONIFACE ME DEMANDE DE PAYER UNE CONTRIBUTION ANNUELLE VOLONTAIRE ESSENTIELLE À LA SURVIE DE LA COOPÉRATIVE ET QUI SERVIRA ENTIÈREMENT À FINANCER LES FRAIS D'EXPLOITATION DE LA COOPÉRATIVE (SALAIRES DES EMPLOYÉS, LOCAUX, ENTRETIEN DES LOCAUX, FOURNITURES, ETC.). LA CONTRIBUTION ANNUELLE DE CETTE ANNÉE EST DE 70,00\$ TAXES INCLUSES PAR ADULTE (18 ANS AU 15 AVRIL) ET DE 20,00\$ TAXES INCLUSES POUR UN ENFANT, ET ELLE N'EST PAS REMBOURSABLE.

**ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE :** JE COMPRENDS QUE LA COOPÉRATIVE DOIT PERMETTRE À TOUTE PERSONNE RÉSIDANT AU QUÉBEC, MEMBRES ET NON MEMBRES, D'ACCÉDER AUX SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC SELON LES MÊMES MODALITÉS ET SUR SIMPLE PRÉSENTATION D'UNE CARTE D'ASSURANCE MALADIE VALIDE.

JE COMPRENDS QUE MON ADHÉSION À LA COOPÉRATIVE NE ME GARANTIT AUCUNEMENT L'ACCÈS À UN MÉDECIN ET NE M'ACCORDE AUCUN PRIVILÈGE D'ACCÈS À UN MÉDECIN.

## BORDEREAU DE PAIEMENT (pour l'administration)

LA COOP DE SANTÉ DE ST-BONIFACE S'ENGAGE À OBSERVER LA PLUS STRICTE CONFIDENTIALITÉ CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS QUE VOUS FOURNISSEZ À LA COOPÉRATIVE.

|                          |                                  |               |
|--------------------------|----------------------------------|---------------|
| NOMBRE DE PARTS SOCIALES | 5 X 10\$                         | \$            |
| CONTRIBUTION ANNUELLE    | ADULTE :70,00\$, ENFANT :20,00\$ | \$            |
|                          | TOTAL                            | \$            |
|                          | Payé argent                      | Payé chèque # |

JE SUIS D'ACCORD À FAIRE UN DON À MON DÉCÈS OU À MON DÉPART DE LA COOP DE MES PARTS SOCIALES.

JE DEMANDE À ÊTRE ADMIS COMME MEMBRE UTILISATEUR DE LA COOP SANTÉ ST-BONIFACE. JE DÉCLARE AVOIR LA CAPACITÉ EFFECTIVE D'ÊTRE UN USAGER DES SERVICES DE LA COOPÉRATIVE. JE M'ENGAGE À RESPECTER LES RÈGLEMENTS DE LA COOPÉRATIVE. JE SOUSCRIS DANS LA COOPÉRATIVE À 5 PARTS SOCIALES DE QUALIFICATION DE DIX DOLLARS CHACUNE PAYABLES SELON LES MODALITÉS DÉTERMINÉES PAR RÈGLEMENT.

PAR MA SIGNATURE, JE CONFIRME AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU TEXTE DU DESSUS

SIGNATURE (MEMBRE OU PARENT) : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

## Questionnaire de santé

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Statut : En couple - Célibataire

Vous demeurez : En maison - En résidence - En appartement

Avez-vous des enfants ? Oui - Non Si oui, combien ? \_\_\_\_\_

Occupation principale : \_\_\_\_\_

Parcours (Scolarité et diplôme, emploi passé important) :

\_\_\_\_\_

Loisirs : \_\_\_\_\_

Antécédents familiaux (Cancer, diabète, maladie du cœur, maladie génétique, asthme, décès en jeune âge, autres) :

Père : \_\_\_\_\_

Mère : \_\_\_\_\_

Frère/Sœur : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Antécédents personnels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Chirurgies antérieures : \_\_\_\_\_

Café (Qté /jour) : \_\_\_\_\_ Tabagisme : actif - ancien - jamais

Alcool (consommation /sem) : \_\_\_\_\_ Drogues : \_\_\_\_\_

Liste de médicaments (incluant pompes, stérilet, etc) (Ne rien écrire si vous l'avez apportée) :

\_\_\_\_\_

Produits naturels/en vente libre :

\_\_\_\_\_

Allergies (aux médicaments et autres) : \_\_\_\_\_

**\*\* Pour les femmes seulement \*\* Indiquer le nombre et l'année pour chacune :**

Accouchements : \_\_\_\_\_

Interruptions volontaires de grossesse : \_\_\_\_\_

Fausse couches : \_\_\_\_\_

Grossesses totales : \_\_\_\_\_