



# FORMULAIRE D'ADHÉSION

## AVRIL 2025-MARS 2026

En tant que membre exclusif d'Hear Québec, vous bénéficiez d'avantages exceptionnels : votez à l'assemblée générale annuelle, accédez à des programmes gratuits ou à prix réduit, et bénéficiez de promotions spéciales !

### Coordonnées:

Veillez cocher  la case qui s'applique :  Mme.  Mlle  M.  Dr.  N/A

Nom:

Prénom:

Adresse:

Apt. # :

Ville :

Code Postal:

Tél. (domicile) :

Tél. (cellulaire) :

Courriel :

Avez-vous des problèmes de santé ou des allergies ? Si oui, lesquels :

Numéro de carte d'assurance maladie :

Contact d'urgence :

Numéro de téléphone d'urgence :

Personne à contacter (le cas échéant) :

Quel est le moyen de communication le plus accessible pour vous ?  Téléphone  SMS  E-mail

**Cotisation** : Les paiements peuvent être effectués en comptant, par carte de crédit ou par chèque, en personne, par courrier ou en ligne. En cas de difficultés financières, veuillez contacter la directrice générale à l'adresse [heidywager@hearhear.org](mailto:heidywager@hearhear.org) ou appeler le (514) 488-5552, poste 54500.

- |  |   |
|--|---|
| • Cotisation annuelle <input type="checkbox"/> \$ 20           | • Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> <b>GRATUIT</b><br>(avec pièce d'identité)             |
| • Inclus MOI Recherche <input type="checkbox"/> <b>GRATUIT</b> | • Vétéran ou actuellement en service <input type="checkbox"/> <b>GRATUIT</b><br>(avec pièce d'identité) |
| • Jeunes (16-18 ans) <input type="checkbox"/> <b>GRATUIT</b>   |   |

### Donations & paiements :

Votre don nous permet de soutenir les personnes malentendantes partout au Québec. Les paiements peuvent être effectués en argent comptant, par carte de crédit ou par chèque, en personne, par la poste ou en ligne. Si vous souhaitez faire un don en ligne, veuillez scanner le code QR au bas de la page. Des reçus fiscaux seront émis pour les dons de 25 \$ ou plus chaque année en janvier.

<b>Fréquence du don :</b> <input type="checkbox"/> Une fois <input type="checkbox"/> Mensuel
<b>Montant :</b> <input type="checkbox"/> \$18 <input type="checkbox"/> \$25 <input type="checkbox"/> \$55 <input type="checkbox"/> \$100 <input type="checkbox"/> Autre: \$ _____
<b>Je souhaite que mon don soit utilisé pour:</b>
<input type="checkbox"/> Le plus grand besoin <input type="checkbox"/> Accessibilité <input type="checkbox"/> Fonds d'urgence <input type="checkbox"/> Le Fonds de bourses d'études et de bourses Bonnycastle
<b>Je fais un don par:</b> <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Carte de crédit

Nom du titulaire de la carte : \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_

Numéro de carte de crédit: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ CVC: \_\_\_\_\_

Je souhaite que mon don reste anonyme

**Total:** \_\_\_\_\_

Si vous souhaitez faire un don en ligne, veuillez scanner le code QR.



**Voir le verso** →

## Informations sur les statistiques

Nos bailleurs de fonds demandent des informations sur les statistiques ce qui nous aide également à prendre des décisions concernant les programmes et services offerts à nos membres. Veuillez nous aider à recueillir ces informations en répondant aux questions ci-dessous.

Votre confidentialité est garantie.

**Veuillez répondre à chaque question en cochant la case appropriée :**

1. Sexe:  F  M  Non binaire

2. Âge:  Jeunes 16-20 ans  Jeunes adultes 21-30 ans  Adulte 31 - 64  Seniors 65+

3. Avez-vous une perte auditive?  Oui, diagnostiqué  Oui, suspecté  Perte auditive cachée  Non

Je m'identifie comme:  Sourd (oral)  Sourd (ASL)  Malentendant  N/A

a. Date du dernier audiogramme?  Au cours de l'année dernière  il y a 2 - 3 ans  4+ années

b. Utilisez-vous l'une des technologies suivantes ?

Appareil(s) auditif(s)  Implant(s) cochléaire(s)  BAHA  Autre: \_\_\_\_\_

c. Utilisez-vous d'autres technologies pour vous aider à entendre?

Boucle en T/bobine en T  Pocketalker  Microphone sans fil (Roger Pen)  Réveil vibrant

Téléphone spécialisé  Alertes visuelles  Télévision adaptée  Text 911  Autre: \_\_\_\_\_

4. Êtes-vous un client du Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay (anciennement MAB Mackay)?

Oui  Non  Mon dossier est fermé  Technique d'aide au service  Je ne sais pas

5. Comment souhaitez-vous recevoir notre magazine ?  Courrier (version papier)  Les deux  
 Courriel (PDF numérique)

6. Depuis combien de temps êtes-vous membre d'Hear Québec?

Nouveau membre  1 - 3 ans  4 - 6 ans  7 - 9 ans  10+ années

7. Comment avez-vous entendu parler de Hear Québec?

Magazine HEARHEAR  Site web  Réseaux sociaux  Activité/Atelier  
 Référence professionnelle  Référence d'ami  Brochure/Affiche  Présentation: \_\_\_\_\_

8. Souhaitez-vous être inscrit à notre liste d'adresses électroniques pour recevoir des bulletins d'information, des notifications et des mises à jour sur les événements à venir ?  OUI  NON

## Autorisation de photo :

Je donne par la présente mon autorisation à Hear Québec de publier des photos de moi, incluant mon nom et mon image, pour des fins de marketing, qu'il s'agisse de supports imprimés, en ligne, vidéo, ou de publications organisationnelles. Je décharge également Hear Québec de toute obligation de confidentialité ou de respect de la vie privée liée aux images mentionnées. Je reconnais que ma participation est volontaire et que je ne recevrai aucune compensation financière pour l'utilisation de ces photographies.

Par cette autorisation, je libère Hear Québec, ainsi que ses contractants, employés et représentants impliqués dans la création ou la diffusion de matériel de marketing, de toute responsabilité pour toute réclamation de ma part ou d'un tiers en lien avec ma participation.

J'autorise Hear Québec à utiliser mes photos  OUI  NON

J'ai lu et compris ce qui précède :

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

**Hear Entendre Québec**

7000 Rue Sherbrooke West/Ouest, Montréal, Québec H4B 1R3

Phone/Tél: (514) 488-5552 ext./poste: 54500 | Cell/Text: (514) 797-2447 | [info@hearhear.org](mailto:info@hearhear.org) | [www.hearhear.org](http://www.hearhear.org)