







## Formulaire d'adhésion – Membre

L'Association croit qu'en regroupant à travers le Québec les parents vivant un deuil périnatal, elle réussira à les faire reconnaître et à obtenir plus de services.

La force du nombre est, sans aucun doute, un élément important de toute association, dans l'atteinte des objectifs visés. Dans le cas de l'Association Parents Orphelins, il s'agit de faire en sorte que les parents qui vivent le décès de leur bébé puissent vivre leur deuil le mieux possible.

Il est maintenant possible de devenir membre de Parents Orphelins, soit à titre de parent vivant un deuil périnatal ou de sympathisant.

Quels sont les avantages à devenir membre?

-  Donner plus de pouvoir aux parents auprès des gouvernements et autorités publiques
-  Recevoir toutes les informations récentes sur l'Association Parents Orphelins
-  Pouvoir participer à l'Assemblée générale annuel et voter
-  Devenir bénévole

### Renseignements personnels

|   |   |  |                    |
|---|---|--|--------------------|
| Nom:                                    | _____   | Prénom :   | _____              |
| Téléphone (jour) :                      | _____   | Téléphone (soir):  | _____              |
| Meilleur moment pour vous contacter?    | _____   | OU EN  | _____              |
| Adresse :                               | _____   |  |                    |
|   | <i>Rue</i>  |  | <i>Appartement</i> |
|   | _____   | _____  | _____              |
|   | <i>Ville</i>  | <i>Province</i>  | <i>Code Postal</i> |
| Courriel :                              | _____   | Numéro de membre :   | _____              |
| Avez-vous déjà vécu un deuil périnatal? | <input type="checkbox"/> PARENT <input type="checkbox"/> SYMPATHISANT | * Si vous êtes sympathisant à la cause, veuillez passer à la section <i>Informations supplémentaires</i> . |                    |

### Renseignements sur vos enfants décédés (Si applicable)

|                     |       |                 |       |
|---------------------|-------|-----------------|-------|
| Nom:                | _____ | Prénom :        | _____ |
| Date de naissance : | _____ | Date de décès : | _____ |
| Sexe :              | _____ |                 |       |
| Cause(s) du décès : | _____ |                 |       |
|                     | _____ |                 |       |
| Nom:                | _____ | Prénom :        | _____ |
| Date de naissance : | _____ | Date de décès : | _____ |
| Sexe :              | _____ |                 |       |
| Cause(s) du décès : | _____ |                 |       |
|                     | _____ |                 |       |



## Formulaire d'adhésion membre

### Informations supplémentaires

De quelle façon avez-vous été sensibilisé à la cause du deuil périnatal ?

---

---

---

---

---

---

---

---

De quelle façon avez-vous entendu parler de l'association Parents Orphelins ?

---

---

---

---

Seriez-vous intéressé à être jumelé à un autre parent ?

---

---

---

---

Je désire devenir bénévole pour l'association Parents Orphelins :  OUI\*  NON

\* Si oui, veuillez remplir le formulaire d'adhésion pour les bénévoles.

J'autorise l'association Parents Orphelins à communiquer avec moi via la liste de diffusion :  OUI  NON

Signature : \_\_\_\_\_ Date de la demande : \_\_\_\_\_

Veuillez nous faire parvenir votre formulaire d'adhésion dûment rempli par courriel à :

[info@parentsorphelins.org](mailto:info@parentsorphelins.org)

Ou par courrier :

**[Parents Orphelins](#)**  
**[815 Henri-Bourassa Est](#)**  
**[Montréal, Qc, H2C 1E7](#)**

Tél.: (514) 686-4880

Note : Dans ce document, le genre masculin est utilisé sans discrimination et uniquement pour alléger le texte.