



**AUTO-PSY**

Région de la Capitale-Nationale

Groupe d'action communautaire autonome  
de promotion et de défense individuelle et  
collective des droits en santé mentale

**FORMULAIRE D'ADHÉSION  
MEMBRE RÉGULIER  
2023-2024**

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone principal : \_\_\_\_\_

Autre numéro : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

*Ci-joint ma contribution au montant de :*

5,00\$

Autre montant \_\_\_\_\_\$

Date :

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

***(Veuillez, s'il vous plait, répondre aux questions apparaissant à la page suivante)***

**1. Quels sont les raisons ou motifs pour lesquels vous voulez devenir membre de notre organisme? (Vous pouvez cocher plus d'une case)**

- J'appuie et j'adhère à la mission du groupe
- Je suis personnellement concerné par la mission à titre de personne utilisatrice des services de santé mentale
- Je suis solidaire des personnes utilisatrices de services de santé mentale à titre de sympathisante
- Je veux m'impliquer activement dans des actions ou des projets de promotion et de défense des droits en santé mentale

**2. De quelle façon avez-vous connu notre organisme? (Vous pouvez cocher plus d'une case)**

- Journal local et/ou municipal
- Site WEB
- Le dépliant de l'organisme
- Une connaissance :
- Un autre organisme
- Autres (Précisez) : \_\_\_\_\_

**3. En tant que membre, acceptez-vous de recevoir des appels ou des courriels d'invitation à nos activités ?**

- Oui
- Non

***Merci de votre appui et de votre collaboration***