

COORDONNÉES DE L'ORGANISME

Nom	
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Téléphone :	Courriel :
Site Web :	

INFORMATIONS SUR L'ORGANISME

Président(e)		
Nombre d'administrateurs		
Type d'association	<input type="checkbox"/> PSOC (Programme de soutien aux organismes communautaires qui oeuvrent en santé et en services sociaux) <input type="checkbox"/> NON-PSOC	• Plus d'une case peut être cochée <input type="checkbox"/> Association locale <input type="checkbox"/> Association régionale <input type="checkbox"/> Membre d'une association provinciale
Votre organisme est-il reconnu par la Ville de Laval ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quelle est la mission/mandat de votre organisme?		
Pourcentage de vos activités consacrées aux aînés :		_____ %
Nombre de membres ou utilisateurs réguliers :		
Nombre de membres ou d'utilisateurs réguliers total _____	Nbre d'hommes : _____ Nbre de 50 à 64 ans : _____ Nbre de 65 ans + : _____	Nbre de femmes : _____ Nbre de 50 à 64 ans : _____ Nbre de 65 ans + : _____
Dans quelle catégorie de services votre organisme s'inscrit-il principalement?	<input type="checkbox"/> Défense de droits <input type="checkbox"/> Sécurité alimentaire <input type="checkbox"/> Soutien à domicile <input type="checkbox"/> Soutien psychosocial <input type="checkbox"/> Centre communautaire	<input type="checkbox"/> Services d'accompagnement/Lignes d'écoute <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Groupe de loisirs <input type="checkbox"/> Autre
Si vous avez répondu «Autre» à la question précédente, précisez brièvement :		

Vos services sont disponibles en quelle (s) langue (s)? :	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Grec
	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Créole
	<input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Arabe	
Quels sont vos principaux dossiers traités et/ou activités offertes? :		
Vos services/activités sont annoncées via :	<input type="checkbox"/> Site web	<input type="checkbox"/> Dépliants
	<input type="checkbox"/> Médias sociaux	<input type="checkbox"/> Référencement inter-organismes
	<input type="checkbox"/> Infolettre	<input type="checkbox"/> Autre
Si vous avez répondu «Autre» à la question précédente, veuillez préciser svp.		

REPRÉSENTANT (E) DÉLÉGUÉ (E)

Votre conseil d'administration doit nommer un (e) représentant (e) de votre organisme qui recevra toutes les informations et invitations envoyées par la TRCAL. À titre de membre régulier, cette personne aura droit de vote lors de notre assemblée générale annuelle et sera la personne contact pour la TRCAL. Le représentant (e) est responsable de faire suivre les informations transmises par la TRCAL au sein de son organisme.

**Notez qu'une résolution de votre CA doit nous être soumise lors de tout changement de représentant (e).*

Nom et prénom :

Rôle au sein de l'organisme * : Directeur (trice) générale Administrateur (trice) Autre

Courriel :

Téléphone :

COTISATION ANNUELLE

Une cotisation annuelle de 60,00\$ est payable au nom de la Table régionale de concertation des aînés de Laval. Le renouvellement annuel est pour la période du 1er avril 2022 au 31 mars 2024.

Je désire payer la cotisation :

- Par chèque au nom de la TRCAL (25, rue Saint-Louis bureau 117, Laval, Qc, H7G 4W3)
- Par virement bancaire (un spécimen de chèque vous sera envoyé)

ORGANISME À BUT NON LUCRATIF (OBNL)

Je, soussigné,

1. Désire que l'organisme que je représente devienne membre de la Table régionale de concertation des aînés de Laval (TRCAL) et accepte de payer la cotisation annuelle de soixante dollars (60\$).
2. M'engage, sous réserve de notre admission à titre de **membre régulier** ou **de membre associé** par le conseil d'administration, à respecter les Règlements généraux de la TRCAL que l'on retrouve à l'adresse www.tableaineslaval.ca/status-reglements.html
3. Joins un extrait du procès-verbal de mon organisme stipulant la décision de me proposer comme représentant à la TRCAL.
4. Consens à recevoir des courriels de la TRCAL.

SIGNATURE DU PRÉSIDENT(E)

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT(E)

ORGANISME À BUT LUCRATIF (OBL)

Je, soussigné,

1. Désire que l'organisme que je représente devienne membre de la Table régionale de concertation des aînés de Laval (TRCAL) et accepte de payer la cotisation annuelle de soixante dollars (60\$).
2. M'engage, sous réserve de notre admission à titre de **membre associé** par le conseil d'administration, à respecter les Règlements généraux de la TRCAL que l'on retrouve à l'adresse www.tableaineslaval.ca/status-reglements.html
3. Consens à recevoir des courriels de la TRCAL.

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT(E)

Une fois le formulaire complété vous n'avez qu'à cliquer sur le bouton Envoyer.