

Veuillez remplir le formulaire et le retourner soit par la poste

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) ( ) \_\_\_\_\_

(bureau) ( ) \_\_\_\_\_

Télécopieur ( ) \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_

**ANNÉE D'ADHÉSION:** 1er avril 2011 au 31 mars 2012  
(Veuillez libeller votre chèque/ mandat au nom du RIFSSSO)

**Veuillez indiquer:**

nouveau membre

renouvellement annuel

**Niveau et frais d'adhésion :** (voir verso)

membre corporatif 100 \$

membre statutaire 30 \$

membre étudiant aucun frais

membre honoraire aucun frais

**Profil:**

Femme  Homme

**Groupe d'âges:**

19 ans et moins  40-49 ans

20-29 ans  50-59 ans

30-39 ans  60 ans et plus

**Langue maternelle**

Français  Anglais

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

### 1. FORMATION ACADÉMIQUE – LA PLUS ÉLEVÉE QUI A ÉTÉ COMPLÉTÉE:

- Collégiale précisez \_\_\_\_\_
- Universitaire: précisez (BA, MA, PhD) \_\_\_\_\_  Autres: \_\_\_\_\_

### 2. MILIEU DE TRAVAIL :

- Milieu scolaire  Hôpital  Bureau de santé  Services de soins communautaires
- Université  Collège  Pratique privée  Centre de réadaptation
- Autre (précisez) \_\_\_\_\_

### 3. ÊTES-VOUS MEMBRE D'UN ORDRE OU ASSOCIATION PROFESSIONNELLE ?

- Non  Oui Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

### 4. À COMBIEN ESTIMEZ-VOUS LE % DE VOS INTERVENTIONS DANS CHACUNE DES LANGUES SUIVANTES :

- français \_\_\_\_\_ %  anglais \_\_\_\_\_ %  autres (précisez) \_\_\_\_\_ %

### ACCEPTERIEZ-VOUS DE VOUS IMPLIQUER PLUS ACTIVEMENT AU SEIN DU RIFSSSO ?

- Oui  Non  Pas pour l'instant

### AUTORISEZ-VOUS LE RIFSSSO À DONNER VOS COORDONNÉES POUR FINS PROFESSIONNELLES ?

- Oui  Non

**EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX DE L'ONTARIO (RIFSSSO) EN  
SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX DE L'ONTARIO (RIFSSSO)****Conditions d'adhésion**

Est admis à titre de membre toute personne francophone qui travaille ou étudie dans la province de l'Ontario, dans le domaine de la santé ou des services sociaux, et toute association francophone dans le domaine de la santé ou des services sociaux tel que déterminé par le conseil d'administration

**Niveaux d'adhésion****1. Membre corporatif :**

- Toute association formée ou en voie de formation, toute entreprise, et tout réseau constitué de groupe d'intérêts qui supportent la mission, les principes et les objectifs de l'organisme. *Un membre corporatif n'a pas le droit de vote.*

**2. Membre statutaire :**

- Toute personne membre d'une association reconnue ou d'un ordre et qui est membre en règle d'un regroupement du RIFSSSO ;
- Toute personne membre en règle d'une association ou d'un ordre qui n'appartient pas à un regroupement existant membre du RIFSSSO, ou pratiquant dans un champ d'activité reconnu par une association ou un ordre ; [ frais annuel de 30 \$ ]
- Toute personne n'ayant aucune affiliation avec une association ou un ordre, en conformité avec l'article 1.3.a.\* [ frais annuel de 30 \$ ]

**3. Membre étudiant :**

- Toute étudiante ou tout étudiant inscrit dans un programme de formation de la santé ou des services sociaux.

**4. Membre honoraire :**

- Toute personne nommée par le conseil d'administration à l'unanimité.

*Un membre honoraire n'a pas le droit de vote.*

\* article 1.3.a. : « intervenante, intervenant » signifie :

- a) une personne qui intervient auprès d'une autre personne dans les services de santé ou les services sociaux.
- b) une association