



# FORMULAIRE D'ADHÉSION

REGROUPEMENT DES INTERVENANTS-ES FRANCOPHONES EN  
SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX DE L'ONTARIO (Rifssso)

2013-2014

*Veillez remplir le formulaire et le retourner par la poste avec un chèque libellé au nom du Rifssso*

<p>Nom, Prénom : _____</p> <p>Nom de votre organisme : _____</p> <p>_____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Ville : _____</p> <p>Province : _____ Code Postal : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Courriel : _____</p> <p>Twitter : _____</p> <p>Profession : _____</p> <p>_____</p>	<p><b>ANNÉE D'ADHÉSION:</b> 1er avril 2013 au 31 mars 2014 (Veillez libeller votre chèque/ mandat au nom du RIFSSSO)</p> <p><b>Veillez indiquer:</b> <input type="checkbox"/> Nouveau membre    <input type="checkbox"/> Renouvellement</p> <p><b>Niveau et frais d'adhésion :</b> (voir verso) <input type="checkbox"/> Membre corporatif 100 \$ <input type="checkbox"/> Membre statutaire 30 \$ <input type="checkbox"/> Membre étudiant aucun frais <input type="checkbox"/> Membre honoraire aucun frais</p> <p><b>Profil:</b> <input type="checkbox"/> Femme                      <input type="checkbox"/> Homme</p> <p><b>Groupe d'âges:</b> <input type="checkbox"/> 19 ans et moins            <input type="checkbox"/> 40-49 ans <input type="checkbox"/> 20-29 ans                    <input type="checkbox"/> 50-59 ans <input type="checkbox"/> 30-39 ans                    <input type="checkbox"/> 60 ans et plus</p> <p><b>Langue maternelle</b> <input type="checkbox"/> Français                      <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres: _____</p>
--	--

## 1. FORMATION ACADÉMIQUE QUI A ÉTÉ COMPLÉTÉE :

- Collégiale : précisez \_\_\_\_\_
- Universitaire : précisez (BA, MA, PhD) \_\_\_\_\_
- Autre : précisez (p. ex. certificat) \_\_\_\_\_

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

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

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

- Oui     Non     Pas pour l'instant

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

- Oui     Non

## REGROUPEMENT DES INTERVENANTS-ES FRANCOPHONES 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. Veuillez noter qu'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.

### Suivez-nous sur :



[@rifssso](https://twitter.com/rifssso)



[Facebook.com/rifssso](https://facebook.com/rifssso)



[youtube.com/lerifssso](https://youtube.com/lerifssso)