

Coordonnées et catégories de membres

Nom et Prénom					
Vous vous considérez :	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	Autre :	Date de naissance	AAAA / MM / JJ
Adresse					
Ville				Code postal	
Numéros de téléphone	Maison ()	Cellulaire ()		Bureau ()	
Adresse courriel					
1 ^{er} endroit où vous joindre	<input type="checkbox"/> Maison	<input type="checkbox"/> Bureau	<input type="checkbox"/> Cellulaire	<input type="checkbox"/> Courriel	
Langues parlées	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Autre :		

Je souhaite devenir membre : Individuel, Individuel mineur, Allié, Famille, Institutionnel
Cotisation annuelle : 10\$. Membres mineurs : Gratuit

Je souhaite devenir membre démystificateur : Cotisation : 10 \$/année. Personnes majeures uniquement :
J'aimerais démystifier la Transidentité auprès des jeunes, des adultes et de la population.

Chaque membre bénéficie de certains privilèges (gratuités ou rabais sur des activités organisées, réception du petit journal, Etc.). Il a le droit de vote aux Assemblées Générales (AG) et peut soumettre sa candidature à un poste au sein du Conseil d'Administration (CA). Les membres mineurs peuvent faire partie des comités, mais n'ont ni droit de vote aux assemblées ni possibilité de soumettre leur candidature à un poste sur le C.A.

Comment avez-vous connu TRANS-Mauricie/Centre-du-Québec (TRANS-M/CdQ)?

Si vous ne souhaitez pas devenir démystificateur, y a-t-il un type de bénévolat qui pourrait vous intéresser? (Saisie de données, travail de bureau, participer à divers comités, ex: social, financement, rédaction, Etc.)

AUTORISATIONS DE DIFFUSION

Consentez-vous à ce que votre photo soit publiée sur les médias sociaux, site internet, petit journal ou rapport annuel lors d'activités ou autres évènements TRANS? Oui Non

Code d'éthique

J'ai pris connaissance et je m'engage à respecter le code d'éthique de TRANS-M/CDQ

Signature : _____ Date : _____

Cotisation payée : Oui Reçu par : _____ Date : _____

COMPLÉTER UNIQUEMENT SI INTÉRESSÉ À DEVENIR DÉMYSTIFICATEUR

En tant que personne de la diversité de genre, vous identifiez-vous comme :

<input type="checkbox"/> Homosexuelle	<input type="checkbox"/> Bisexuelle	<input type="checkbox"/> Hétérosexuelle	<input type="checkbox"/> Autre _____
---------------------------------------	-------------------------------------	---	--------------------------------------

Les personnes suivantes savent-elles que vous êtes Trans et que vous vous identifiez ainsi :

Conjoint/e	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
Parents	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
Frères/soeurs	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
Famille élargie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
Amis/es	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
Collègues de travail ou de classe	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
Employeur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas

À quel âge avez-vous fait votre sortie du placard (*coming-out*)? _____ Comment cela s'est-il passé ?

Quand je dois parler devant les gens, je me sens :

<input type="checkbox"/> Très à l'aise	<input type="checkbox"/> À l'aise	<input type="checkbox"/> + ou - à l'aise	<input type="checkbox"/> Mal à l'aise	<input type="checkbox"/> Très mal à l'aise
--	-----------------------------------	--	---------------------------------------	--

Selon vous, quel est la mission première de TRANS-Mauricie/Centre-du-Québec ?

Pourquoi voulez-vous devenir démystificateur pour TRANS-Mauricie/Centre-du-Québec?

Détenez-vous un permis de conduire? Oui Non Possédez-vous une voiture ? Oui Non

Quelles seront vos disponibilités pour faire des interventions ? ____ jours / Semaine / Mois / Année

AUTORISATIONS DE DIFFUSION (Uniquement dans l'optique des démystifications ou des comités)

Consentez-vous à ce que, dans le cadre d'une démystification avec un collègue, nous lui transmettions votre numéro de téléphone? Oui Non

Signature : _____ Date : _____