

**DEMANDE D'ADHÉSION COMME MEMBRE UTILISATEUR
EMPLOYÉ OU ASSOCIÉ**

IDENTIFICATION

Nom : _____
Adresse : _____
Téléphone(s) : _____
Courriel : _____

TYPE DE MEMBRE

Je soussigné, _____, demande à être admis comme membre utilisateur de la
Coop santé de l'Université de Sherbrooke, coopérative de solidarité en qualité :

d'employé _____ / _____ / _____
Campus Faculté ou Service N° matricule

d'associé _____
Lien avec l'Université (retraité, diplômé, UTA ou autre)

DÉCLARATION

Je déclare avoir la capacité d'être un membre utilisateur et je m'engage, au nom de ma santé, à adopter ou à maintenir de saines habitudes de vie et à recourir aux ressources de la Coop santé pour m'aider dans cette démarche. Je m'engage également à respecter les règlements de la Coop santé.

Je souscris vingt dollars (20 \$) dans la Coop santé, soit deux parts de qualification de dix dollars (10 \$) chacune, payables selon les modalités déterminées par le règlement.

Signature

Date

Comment avez-vous entendu parler de la Coop?

- | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> un membre | <input type="checkbox"/> un courriel de la | <input type="checkbox"/> Le Collectif |
| <input type="checkbox"/> Bulletin de | Coop faisant la | <input type="checkbox"/> autre |
| l'Université | promotion d'une | _____ |
| <input type="checkbox"/> CFAK | activité | _____ |

*Veillez faire parvenir votre formulaire et votre souscription (argent comptant ou **chèque à l'ordre de la Coop santé de l'UdeS**) par courrier interne à :*

*Jacques Beaulac, directeur général
Coop santé de l'Université Sherbrooke
Campus principal*