

DEMANDE D'ADHÉSION COMME MEMBRE UTILISATEUR ÉTUDIANT

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'étudiante ou étudiant.

_____ / _____ / _____ / _____
Campus / Faculté / Cycle d'études / CIP

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 une part de qualification de dix dollars (10 \$) dans la Coop santé payable 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"/> REMDUS | <input type="checkbox"/> Le Collectif |
| <input type="checkbox"/> kiosque de la rentrée | <input type="checkbox"/> CFAK | <input type="checkbox"/> autre |
| <input type="checkbox"/> FEUS-Hebdo | <input type="checkbox"/> Nota Bene | _____ |

Veillez faire parvenir votre formulaire et le paiement de vos parts de qualification (par chèque à l'ordre de la Coop santé de l'UdeS) par courrier à :

*Jacques Beaulac, directeur général
Coop santé de l'Université Sherbrooke
2500, boul. de l'Université
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1*