



CLUB COMPASSION DE MONTRÉAL
4169, Avenue Papineau
Montréal (Québec)
H2K 4K2

Formulaire d'adhésion

(Remplir en lettres moulées SVP)

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

_____ Code postal _____

Date de naissance ____ / ____ / ____ Sexe _____

Téléphone () _____ - _____ Télécopieur () _____ - _____

Procureur (*s'il y a lieu*) _____ Téléphone () _____ - _____

Condition (*diagnostic médical*) _____

(N'oubliez pas de joindre à ce formulaire l'attestation de diagnostic remplie par votre médecin.)

Personne dispensant les soins, s'il y a lieu (*autre que le médecin*) _____

Si vous utilisez présentement du cannabis, à quelle fréquence et quelles quantités le consommez-vous?

Je certifie que tous les renseignements présentés sur ce formulaire sont exacts et j'autorise le Club Compassion de Montréal à effectuer toutes les vérifications jugées nécessaires.

Signature du patient

Date

Nous réservons le droit de refuser ou révoquer tout membre en tout temps.