



## Demande d'admission comme membre de soutien de la Coopérative de solidarité DesÉquilibres

Je, soussigné (e) \_\_\_\_\_, demande à être admis comme membre de soutien de la coopérative  
DesÉquilibres dans la catégorie : \_\_\_\_\_

- ❖ Je déclare avoir un intérêt social dans l'atteinte de l'objet de la coopérative.
- ❖ Je m'engage à respecter les règlements de la coopérative.

### Membre travailleur :

- |                          |                                      |       |
|--------------------------|--------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Temps plein                          | 250\$ |
| <input type="checkbox"/> | Temps partiel<br>(20 heures/semaine) | 150\$ |
| <input type="checkbox"/> | Bénévole exécutif                    | 100\$ |

### Membre de soutien :

- |                          |                           |         |
|--------------------------|---------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Individuel                | 100\$   |
| <input type="checkbox"/> | Corporatif                | 1 000\$ |
| <input type="checkbox"/> | Institutionnel (scolaire) | 250\$   |
| <input type="checkbox"/> | OBNL                      | 100\$   |
| <input type="checkbox"/> | Bénévole                  | 20\$    |
| <input type="checkbox"/> | Jeune                     | 10\$    |

Ces parts sont payables selon les modalités déterminées par règlements.

Signé à \_\_\_\_\_, le . \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Par : \_\_\_\_\_  
(nom du demandeur)

Adopté le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### Coordonnées du membre :

Adresse postale: \_\_\_\_\_  
Adresse courriel: \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Inscription à renvoyer à :

**Coopérative de solidarité DesÉquilibres**  
1315 Bellechasse, Montréal, Québec, H2G 1N8  
Tél : 514-495-2828

Pour plus d'informations contactez Arielle Drissen, au 450-254-1315 ou à [adrissen@desequilibres.org](mailto:adrissen@desequilibres.org)