



TROC 02

TABLE RÉGIONALE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

FORMULAIRE D'ADHÉSION

Pour faire votre demande d'adhésion à la TROC 02, vous n'avez qu'à répondre aux questions suivantes.

Avant de faire votre paiement de cotisation, la TROC 02 procédera à l'évaluation de votre demande par le biais du comité membership qui fera ses recommandations au conseil d'administration et vous recevrez par lettre la décision du Conseil d'administration.

MEMBRE RÉGULIER ET PARTENAIRE (toute provenance) ¹		
Moins de 54 999 \$	Cotisation de 100 \$	
55 000\$ à 149 999 \$	Cotisation de 150 \$	
Plus de 150 000\$	Cotisation de 200 \$	
Membre associé	Cotisation de 200 \$	

¹ Financement récurrent de votre organisme soit du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) ou de toute autre source de financement d'un autre Ministère ou organismes gouvernementaux (exemple : SACAIS).

VOS COORDONNÉES	
Date :	
Organisme :	
Titre et nom du responsable :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
Courrier électronique :	
Courrier électronique général (si différent):	
Date de constitution :	

PORTAIT DES RESSOURCES HUMAINES

Nombre de permanents		Nombre de temporaires		Nombre de bénévoles	
----------------------	--	-----------------------	--	---------------------	--

DOCUMENTS REQUIS (en version papier ou électronique) :	✓
Formulaire d'adhésion complété	
Formulaire d'autoévaluation complété (en version Google Form)	
Lettres patentes	
Résolution de votre CA	
Règlements généraux (dernière version)	
Dernier rapport d'activités (accepté à l'A.G.A.);	
Liste des membres du CA	
Lettre du ministère ou organisme gouvernemental confirmant votre financement de base récurrent (si autre que le PSOC) qui confirme le montant afin d'établir le montant de la cotisation	
Dépliant promotionnel, bulletin de liaison ou tout autre document pertinent à votre demande	
DOCUMENTS REQUIS POUR NOTRE SITE WEB (en version électronique) :	✓
Logo	
Court texte énumérant votre mission, votre clientèle et vos services	
Les coordonnées complètes de votre organisme	

SECTEURS D'ACTIVITÉS? (Cocher tout ce qui s'applique à votre organisme) :			✓
Déficiences physiques		Regroupement	
Déficiences intellectuelles		Hommes	
Santé mentale		Femmes	
Alcoolisme et autres toxicomanies		Personnes âgées	
Personnes en perte d'autonomie		Immigrants	
Santé physique		Gais et lesbiennes	
Enfance / jeunesse / famille		Hébergement	
Intervention santé et services sociaux		Autre précisez :	
Défense des droits			

Signature : _____

Date : _____

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ (Réservé à l'administration)	
Accepté	
Refusé	
Dossier incomplet	
Commentaires :	
Date :	
Signature :	