

# Formulaire de demande d'adhésion pour les organismes

Peut devenir membre ressource, tout organisme qui offre des services structurés de prévention, de traitement, de formation ou de recherche dans le domaine de la toxicomanie peut devenir membre ressource.

L'intervenant ou l'organisme (selon le cas) doit offrir des services dans l'un ou plusieurs des champs d'activité suivants reliés à la toxicomanie :

## Services à la clientèle

- Aide et soutien
- Prévention
- Réadaptation
- Réinsertion sociale

## Services de soutien à l'intervention

- Formation
- Recherche
- Gestion

## PROCÉDURE

1. Démontrer que 50 % du personnel de la ressource possède un certificat en toxicomanie ou un diplôme équivalent ou supérieur.
2. Démontrer que 20 % ou plus des activités de l'organisme sont consacrées à la toxicomanie ou qu'au moins une personne travaille à temps complet en toxicomanie.
3. Joindre à la demande d'adhésion le code d'éthique ou de déontologie de l'organisme.
4. Compléter le formulaire d'adhésion.
5. Retourner le formulaire et les documents exigés avec un chèque ou un mandat poste de 275 \$.

Joindre à votre demande toute documentation sur votre organisme.  
À retourner à l'A.I.T.Q. avec un chèque ou mandat-poste de 275 \$ et les documents exigés.

AITQ  
505, Ste-Hélène, 2e étage  
Longueuil, PQ J4K 3R5  
Canada  
Tél.: (450) 646-3271      Fax : (450) 646-3275

S'il vous plaît, veuillez imprimer ce formulaire et nous le faire parvenir, dûment complété avec les documents demandés.

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro et rue

Ville

Code postal

Téléphone	(    )
Télécopieur	(    )
Courriel	
Site internet	

Responsable : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Type d'organisme :

Centre de jour    Centre hospitalier    Centre de recherche    CLSC  
 Centre de réadaptation    Centre de formation    Maison de transition  
 Foyer de groupe    Association    RRSSS    PAE    Corps policier  
 Groupe communautaire   Autre : \_\_\_\_\_

Secteur public    Secteur privé    Secteur communautaire

Autre : \_\_\_\_\_

Région administrative : \_\_\_\_\_

Identification des deux (2) délégués :

**1**

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro et rue

Ville

Code postal

**2**

Nom : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro et rue

Ville

Code postal

Date de la demande d'adhésion : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_