# P:\DHQ-QC Translation\François\Référence\Images\AdS_don-d'espoir_rouge_vert copy.jpg SCAF de l’Armée du Salut

**Formulaire d’inscription de la clientèle Date :**

\* Nom de famille : \* Prénom :

\* Date de naissance : \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) Date approximative?  Oui  Non

**\* Identité de genre**

 Masculin  Féminin  Transgenre  Non divulgué

\* Adresse : Adresse (2e ligne) :

\* Ville : \*Province : \* Code postal :

Sans adresse fixe

Adresse(s) de courriel :

Numéro(s) de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Membres du ménage**

Nom de famille : \* Prénom :

\* Date de naissance : \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) Date approximative?  Oui  Non

**\* Identité de genre**

 Masculin  Féminin  Transgenre  Non divulgué

Nom de famille : \* Prénom :

\* Date de naissance : \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) Date approximative?  Oui  Non

**\* Identité de genre**

 Masculin  Féminin  Transgenre  Non divulgué

Nom de famille : \* Prénom :

\* Date de naissance : \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) Date approximative?  Oui  Non

**\* Identité de genre**

 Masculin  Féminin  Transgenre  Non divulgué

Nom de famille : \* Prénom :

\* Date de naissance : \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) Date approximative?  Oui  Non

**\* Identité de genre**

 Masculin  Féminin  Transgenre  Non divulgué

Nom de famille : \* Prénom :

\* Date de naissance : \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_ (aaaa/mm/jj) Date approximative?  Oui  Non

**\* Identité de genre**

 Masculin  Féminin  Transgenre  Non divulgué

**\* Situation(s) et statut(s) déclaré(s)**

 Citoyenneté canadienne  Incapacité chronique  Statut d’immigrant  Statut d’Indien non inscrit   
 Résidence permanente  Statut de réfugié (non syrien)  Statut de réfugié syrien  Handicap  COVID-19  
 Au Canada depuis moins de 10 ans  Non-divulgation demandée  Aucune déclaration  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aide fournie**

 Aide alimentaire  Aide pratique  Aide financière  Autre

**REMARQUES :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature du formulaire relatif à la confidentialité et au consentement à la divulgation de renseignements :**Oui Non

**Nom de l’intervenant(e)/préposé(e) à l’admission :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
**Date de saisie dans Link2Feed :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_