



## Demande d'admission de membre auxiliaire

Transmettre le formulaire dûment rempli à Valérie Pouliot par courriel à l'adresse suivante : [valerie.pouliot@cqcm.coop](mailto:valerie.pouliot@cqcm.coop)

Consultez les critères pour chaque catégorie de membres auxiliaires sur le [site internet](#).

**Vous souhaitez devenir** (cocher la case qui s'applique) :

- Membre auxiliaire coopératif et mutualiste (faisant partie d'une fédération sectorielle ou d'une grande coopérative ou mutuelle);
- Membre auxiliaire coopératif et mutualiste (ne faisant pas partie d'une fédération sectorielle);
- Membre auxiliaire individuel; Êtes-vous âgé.e de moins de 35 ans?
- Membre auxiliaire partenaire.

### Raison(s) de la demande d'adhésion

Expliquez-nous ce qui motive le dépôt de votre demande ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Comment pouvez-vous contribuer à la mission du CQCM ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Informations à compléter

Nom de la coopérative/mutuelle, de la personne ou de l'organisme : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Site Internet : \_\_\_\_\_

Nom de la personne mandatée : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_

Recommandation d'une personne faisant partie de la relève de mon organisation pour être consultée par le CQCM :

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

## Pour les coopératives et mutuelles seulement

Type de coopérative : \_\_\_\_\_

Région administrative du siège social : \_\_\_\_\_

Secteur d'activité : \_\_\_\_\_

Numéro de constitution : \_\_\_\_\_

Date de constitution : \_\_\_\_\_

Nombre de membres : \_\_\_\_\_

Est-ce que vous êtes membre :

de la Coopérative de développement régional du Québec

d'une fédération (Indiquer le nom de la fédération ou de l'organisation) \_\_\_\_\_

## Cotisation annuelle

Membres auxiliaires individuels : 100 \$ (rabais relève 18-35 ans : 50 \$)

Membres auxiliaires partenaires : 1 500 \$

Membres auxiliaires coopératifs et mutualistes qui ne font pas partie d'une fédération sectorielle : à déterminer

La cotisation des membres auxiliaires coopératifs et mutualistes faisant partie d'une fédération sectorielle est payée annuellement par cette dernière.

## Engagements des membres du CQCM

Les membres s'engagent à respecter la mission, les objectifs et les règlements de régie interne du CQCM. De plus, les membres s'engagent à respecter les valeurs, les principes et les règles d'action des coopératives définies dans la loi.

## Les valeurs coopératives

L'Alliance coopérative internationale a défini cinq grandes valeurs coopératives et quatre valeurs éthiques auxquelles les membres doivent s'engager lorsqu'ils démarrent ou opèrent une coopérative. Les membres étant tous égaux, ils sont traités équitablement et priorisent l'intérêt collectif et général dans un esprit de solidarité. Les membres des coopératives et mutuelles du Québec s'engagent à respecter des valeurs éthiques d'honnêteté de transparence, de responsabilité sociale et d'altruisme.

## Engagement du CQCM à l'égard des membres

Le CQCM s'engage à transmettre les communications officielles, telles les invitations aux assemblées des membres, incluant l'AGA du CQCM, l'assemblée de concertation, les nominations et autres informations pertinentes du mouvement coopératif et mutualiste du Québec.

## Restez informés de ce qui se passe dans le mouvement coopératif et mutualiste québécois

Je désire être abonné à l'infolettre du CQCM et ainsi recevoir des informations sur les nouveautés, les activités, les événements et les formations offertes :

- Oui, courriel : \_\_\_\_\_
- Non

## Afin d'adhérer au CQCM, vous devez nous faire parvenir :

- La présente demande d'admission dûment complétée et signée par la personne mandatée à cet effet; et
- Le curriculum vitæ pour les membres auxiliaires individuels.

Signature de la personne représentant la coopérative ou mutuelle, de la personne ou de l'organisme de soutien :

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Transmettre le formulaire dûment rempli à Valérie Pouliot par courriel à l'adresse suivante : [valerie.pouliot@cqcm.coop](mailto:valerie.pouliot@cqcm.coop)