



SOCIÉTÉ DE LA SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE DU QUÉBEC
AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS SOCIETY OF QUÉBEC
LA MALADIE DE LOU GEHRIG'S DISEASE
www.sla-quebec.ca

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Toutes les questions sont facultatives

Identification de la personne atteinte de la SLA

Nom _____ prénom _____ H / F
sexe

Adresse _____ ville _____ code postal _____

() - () - ()
tél (maison) tél (cellulaire) tél (bureau) courriel _____

/ / / / / /
Date de naissance date du diagnostic date début des symptômes bulbaire spinale F A oui non
(jour/mois/année) (mois/année) (mois/année) forme de SLA langue assurance médicale privée
de communication

Travaillez-vous? oui non : nom de votre employeur : _____ titre: _____

Enfants à charge (moins de 18 ans) (voir au verso pour enfants adultes)

Nom / prénom _____ date naissance jj / mm / aa _____

_____ / / _____

_____ / / _____

_____ / / _____

_____ / / _____

Désirez-vous recevoir nos publications :

oui non version électronique imprimée

Désirez-vous participer à nos groupes d'entraide :

oui non

Aimeriez-vous être jumelé à une autre personne atteinte pour échanger?

oui non

Aimeriez-vous recevoir des visites amicales? oui non

Médecin ayant posé le diagnostic de la SLA

Nom/prénom _____ centre hospitalier _____ téléphone _____

Neurologue traitant

Nom/prénom _____ centre hospitalier _____ téléphone _____

Médecin de famille

Nom/prénom _____ centre hospitalier _____ téléphone _____

CLSC/CSSS/CIUSSS

Nom du CLSC/CSSS/CIUSSS : _____

Nom de l'intervenant principal _____ titre professionnel _____ téléphone _____

Nom de l'intervenant secondaire _____ titre professionnel _____ téléphone _____

Centre de réadaptation

Nom du centre : _____

Nom de l'intervenant principal _____ titre professionnel _____ telephone _____

Identification de l'aidant principal

Nom _____ prénom _____ lien avec la personne atteinte _____ date de naissance
jour / mois / année _____

Adresse _____ ville _____ code postal _____

(____) _____ - _____ (____) _____ - _____ (____) _____ - _____
tél (maison) tél (cellulaire) tél (bureau) courriel _____

Est-ce que vous travaillez ? : Employeur : _____ temps partiel <input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> sans emploi <input type="checkbox"/> Combien d'heures consacrez-vous à la personne atteinte hebdomadairement : 1-4 heures <input type="checkbox"/> 5-9 heures <input type="checkbox"/> 10-19 heures <input type="checkbox"/> 20 heures et plus <input type="checkbox"/> Êtes-vous aidant pour d'autres personnes? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Désirez-vous recevoir nos publications? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> version électronique <input type="checkbox"/> imprimée <input type="checkbox"/> Désirez-vous participer à nos groupes d'entraide? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Aimeriez-vous être jumelé à une personne aidante pour échanger? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
---	--

Autres aidants et/ou enfants adultes

1) _____

Nom _____ prénom _____ lien avec la personne atteinte _____ date de naissance
(jour/mois/année) _____

Adresse _____ ville _____ code postal _____

Aidant enfant (____) _____ - _____ (____) _____ - _____
tél (maison) tél (cellulaire) courriel _____

2) _____

Nom _____ prénom _____ lien avec la personne atteinte _____ date de naissance
(jour/mois/année) _____

Adresse _____ ville _____ code postal _____

Aidant enfant (____) _____ - _____ (____) _____ - _____
tél (maison) tél (cellulaire) courriel _____

3) _____

Nom _____ prénom _____ lien avec la personne atteinte _____ date de naissance
(jour/mois/année) _____

Adresse _____ ville _____ code postal _____

Aidant enfant (____) _____ - _____ (____) _____ - _____
tél (maison) tél (cellulaire) courriel _____

Autres renseignements

Référé à la Société de la SLA par : _____

Pris connaissance de la Société de la SLA via : journaux internet radio télévision autre : _____

Personne qui a rempli ce formulaire?

Personne atteinte

signature _____ date (jour/mois/année) _____

Autre personne La personne atteinte est-elle informée de cette inscription? oui non

Nom _____ prénom _____ lien avec la personne atteinte _____

signature _____ date (jour/mois/année) _____

SVP FAIRE PARVENIR CE FORMULAIRE À LA SOCIÉTÉ DE LA SLA DU QUÉBEC
5415, rue Paré, Bureau 200, Mont-Royal, QC H4P 1P7
ou par **TÉLÉCOPIEUR 514 725-6184**
ou à info@sla-quebec.ca