

FORMULAIRE D'INSCRIPTION D'UN CLIENT

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT	
Nom de famille :	<input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> D ^r <input type="checkbox"/> Autre : _____
Prénom :	Date de naissance (MM/JJ/AAAA) :
Second(s) prénom(s) :	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non identifié
Statut relationnel : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En couple	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) ou divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Adresse :	Courriel :
Ville :	N ^o maison : ()
Province :	N ^o cellulaire : ()
Code postal :	N ^o travail : ()
L'adresse susmentionnée désigne : <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Autre	Vivez-vous seul(e)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Langue de préférence: <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre : _____	Mode de communication préféré : <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Tél. (maison) <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Tél. (travail) <input type="checkbox"/> Texto
Principal point de contact (si différent du client)	
Nom de famille :	<input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Fille
Prénom :	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Adresse :	Courriel :
Ville :	N ^o maison : ()
Province :	N ^o cellulaire : ()
Code postal :	N ^o travail : ()
Point de contact secondaire (facultatif)	
Nom de famille :	<input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Fils <input type="checkbox"/> Fille
Prénom :	<input type="checkbox"/> Autre : _____
Adresse :	Courriel :
Ville :	N ^o maison : ()
Province :	N ^o cellulaire : ()
Code postal :	N ^o travail : ()
Consentement à parler aux personnes susmentionnées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si vous avez des enfants de 21 ans ou moins, en quelle année sont-ils nés? _____, _____, _____, _____	
Avez-vous déjà été dans l'armée ou êtes-vous un ancien combattant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Renseignements additionnels :	

RERSEIGNEMENTS MÉDICAUX**Médecin de famille :**

Adresse :

Téléphone : ()

Télécopieur : ()

Neurologue :

Adresse :

Téléphone : ()

Télécopieur : ()

Quel est votre diagnostic? SLA SLP Maladie de Kennedy

Date du diagnostic (MM/JJ/AAAA) :

Êtes-vous déjà allé dans une clinique de la SLA? Oui Non

Si oui, laquelle? _____

COUVERTURE D'ASSURANCEEst-ce que vous ou votre conjoint(e) détenez un régime d'assurance-maladie complémentaire? Oui Non

Nom du fournisseur du régime d'assurance-maladie :

ANTÉCÉDENTS DE TRAVAIL

Statut d'emploi du client :

 Actif – plein temps Actif – temps partiel Retraité Congé médical Sans emploi Autre _____

Profession :

ÉNONCÉ DE CONFIDENTIALITÉ

La Société canadienne de la SLA respecte votre droit à la vie privée. Nous protégeons vos renseignements personnels et respectons toutes les exigences juridiques relatives à la protection de votre vie privée. Nous ne louons, ne vendons et n'échangeons pas nos listes d'envoi. Les renseignements que vous fournissez seront utilisés pour vous fournir des services et vous tenir au fait des activités de la Société canadienne de la SLA, telles que bulletins, programmes, services, événements spéciaux, dons et possibilités de bénévolat. Veuillez nous informer de tout changement par téléphone au 1-800-267-4257 ou par courriel à info@als.ca, et nous serons heureux de donner suite à votre demande.

Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements contenus dans le présent formulaire sont véridiques, exacts et complets et que j'ai lu et compris la teneur de l'énoncé de confidentialité apparaissant ci-dessus. J'autorise la Société canadienne de la SLA à procéder aux demandes requises et à obtenir ou à divulguer mes renseignements personnels aux fins de confirmation ou de clarification des renseignements fournis et aux fins de prestation de services.

Signature du client (ou de son mandataire) : _____

Formulaire rempli par : _____
(en caractères d'imprimerie)

Signature : _____ Téléphone : _____