



## Formulaire d'inscription – Programme LES VAINQUEURS

**Les renseignements demandés nous permettront de fournir à votre enfant les ressources adaptées à ses besoins.**

Afin que nos dossiers soient aussi complets et précis que possible, nous vous demandons de nous fournir tous les renseignements dont vous disposez sur l'amputation de votre enfant. Il se pourrait qu'une photo de l'amputation soit requise pour nous assurer que votre enfant répond aux critères d'admissibilité.

### Renseignements de base

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

***Par souci de confidentialité et de protection des renseignements personnels, toute correspondance du Programme LES VAINQUEURS sera postée au nom de votre enfant à l'adresse indiquée ci-dessus uniquement.***

Téléphone à la maison : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### Parents ou personnes responsables

**1<sup>er</sup> parent ou 1<sup>re</sup> personne responsable :** \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Vit avec l'enfant :  Oui  Non A le droit de garde :  Oui  Non

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. à la maison : \_\_\_\_\_ Tél. au travail : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_ Tél. cellulaire : \_\_\_\_\_

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

**2<sup>e</sup> parent ou personne responsable :** \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Vit avec l'enfant :  Oui  Non A le droit de garde :  Oui  Non

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Tél. à la maison : \_\_\_\_\_ Tél. au travail : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_ Tél. cellulaire : \_\_\_\_\_

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

***Nous demanderons une copie de toute entente concernant la garde de l'enfant.  
En l'absence de cette information, les deux parents auront accès au dossier de l'enfant.***

### Renseignement pour les remboursements

Veuillez indiquer à qui les chèques de remboursement devront être libellés (par exemple, pour les dépenses de déplacement relatives à un rendez-vous de prothétique, un séminaire, un défilé, etc.)

1<sup>er</sup> parent ou 1<sup>re</sup> personne responsable  2<sup>e</sup> parent ou personne responsable  1<sup>er</sup> et/ou 2<sup>e</sup> parent ou personne responsable

## Type d'amputation

### Membres supérieurs

	Gauche	Droit
Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Main partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désarticulation du poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au-dessous du coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désarticulation du coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au-dessus du coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désarticulation de l'épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Membres inférieurs

	Gauche	Droit
Pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pied partiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désarticulation de la cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au-dessous du genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désarticulation du genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au-dessus du genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Désarticulation de la hanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'amputation résulte d'une différence de longueur du :

fémur ou  tibia/péroné

La différence de longueur est de :

\_\_\_\_\_ cm ou \_\_\_\_\_ pouces

## Techniques spéciales

Rotation Van Nes  Ilizarov  Autre *Veillez spécifier :* \_\_\_\_\_

## Cause de l'amputation

### À la naissance

- Congénitale  
 Congénitale – chirurgicale  
(lorsque l'on a procédé ou procédera  
à la suite d'une malformation congénitale)  
 Syndrome  
*Veillez spécifier :* \_\_\_\_\_

### Médicale

- Date du diagnostic : \_\_\_\_\_  
 Cancer  
 Méningite  
 Autre (p. ex. sepsie)  
*Veillez spécifier :* \_\_\_\_\_

### Accident

- Date de l'accident : \_\_\_\_\_  
 Accident de la route  
 Électrocution  
 Accident survenu à la ferme  
 Accident avec tondeuse à gazon  
 Accident impliquant un train  
 Autre  
*Veillez spécifier :* \_\_\_\_\_

Veillez indiquer le nom du centre prothétique  
ou de réadaptation que fréquente votre enfant : \_\_\_\_\_

## Autres sources de financement

Êtes-vous admissible à toute autre source d'aide financière, par exemple, une assurance maladie privée complémentaire ou une assurance collective offerte par votre employeur? Cette information nous permettra de respecter nos directives relativement à l'aide que nous offrons pour l'achat de membres artificiels.

Oui *Veillez spécifier :* \_\_\_\_\_  Non

Veillez indiquer la langue de correspondance préférée :

Français  Anglais

Comment avez-vous entendu parler du Programme LES VAINQUEURS? \_\_\_\_\_

## Signature

\_\_\_\_\_  
1<sup>er</sup> parent ou 1<sup>re</sup> personne responsable

Date : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

\_\_\_\_\_  
2<sup>e</sup> parent ou personne responsable

Date : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 13196 9628 RR0001

**Veillez envoyer le formulaire rempli à la Division du Programme LES VAINQUEURS.**