

## Formulaire d'inscription

### Programme pour adultes amputés

Qui remplit ce formulaire? \_\_\_\_\_

#### Coordonnées de la personne amputée

Prénom	Second prénom	Nom de famille		
			<b>Langue de correspondance</b>	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>
Autre nom de famille précédemment utilisé (facultatif) _____				
		<b>Date de naissance</b>		<b>Sexe</b>
Numéro de téléphone		(Jour – Mois – Année)		
Adresse _____				
Ville	Province	Code postal	Courriel	

#### Information sur la ou les amputations

<b>Date de l'amputation</b>		<b>Cause de l'amputation</b>	
	(Jour – Mois – Année)		(par ex. diabète, accident de la route)
<b>Type d'amputation</b>		Gauche <input type="checkbox"/>	Droite <input type="checkbox"/> Bilatérale <input type="checkbox"/>
(par ex. au-dessus ou au-dessous du genou, du coude, hanche, main)			
<b>Détails supplémentaires</b> _____ (par ex. mains partielles ou pieds partiels)			
<b>S'il y a plus d'une amputation</b>			
<b>Date de l'amputation</b>		<b>Cause de l'amputation</b>	
	(Jour – Mois – Année)		(par ex. diabète, accident de la route)
<b>Type d'amputation</b>		Gauche <input type="checkbox"/>	Droite <input type="checkbox"/> Bilatérale <input type="checkbox"/>
(par ex. au-dessus ou au-dessous du genou, du coude, hanche, main)			
<b>Détails supplémentaires</b> _____ (par ex. mains partielles ou pieds partiels)			

#### Coordonnées du centre prothétique

Nom, adresse et numéro de téléphone

#### Autres sources de financement

L'Association des Amputés de guerre ne fait pas de vérification des ressources. Toutefois, en tant qu'organisme de bienfaisance, nous devons être informés de toutes les sources de financement auxquelles vous avez droit en dehors de la couverture provinciale régulière. Êtes-vous couvert par une assurance privée (par ex. Manuvie, Sun Life, Croix Bleue) ou par un programme gouvernemental, comme l'assistance sociale? Si oui, veuillez préciser :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler de l'Association des Amputés de guerre et des services qu'elle offre aux personnes amputées?

\_\_\_\_\_

Signature de la personne qui fait la demande

Date (Jour – Mois – Année)

Les renseignements recueillis dans ce formulaire ont pour seul but d'aider Les Amputés de guerre à vous offrir les services que vous avez demandés au Programme pour adultes amputés. Nous nous engageons à protéger la confidentialité des renseignements personnels de nos adhérents. Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 13196 9628 RR0001