

Formulaire d'inscription

Bénéficiaires des Forces armées canadiennes et d'Anciens Combattants Canada

Qui remplit ce formulaire? _____

Coordonnées de la personne amputée

Prénom _____ Second prénom _____ Nom de famille _____

Autre nom de famille précédemment utilisé (facultatif) _____ **Langue de correspondance** Français Anglais

Numéro de téléphone _____ **Date de naissance** _____ **Sexe** _____
(Jour – Mois – Année)

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Courriel _____

Information sur la ou les amputations

Date de l'amputation _____ **Cause de l'amputation** _____
(Jour – Mois – Année) (par ex. service militaire, diabète, accident de la route)

Type d'amputation _____ Gauche Droite Bilatérale
(par ex. au-dessus ou au-dessous du genou, du coude, hanche, main)

Détails supplémentaires _____
(par ex. mains partielles ou pieds partiels)

S'il y a plus d'une amputation

Date de l'amputation _____ **Cause de l'amputation** _____
(Jour – Mois – Année) (par ex. service militaire, diabète, accident de la route)

Type d'amputation _____ Gauche Droite Bilatérale
(par ex. au-dessus ou au-dessous du genou, du coude, hanche, main)

Détails supplémentaires _____
(par ex. mains partielles ou pieds partiels)

Coordonnées du centre prothétique

Nom, adresse et numéro de téléphone _____

Numéro du dossier _____ **Numéro matricule** _____
Régiment _____ **Grade** _____

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)

L'Association des Amputés de guerre recueille ces renseignements dans le but de subvenir à vos besoins et de vous offrir les services que vous lui avez demandés. Nous nous engageons à protéger la confidentialité des renseignements personnels que nous avons sur vous. Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 13196 9628 RR0001