



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** _____ (Jour – Mois – Année) **Sexe** _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Courriel _____

Information sur la ou les amputations

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

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

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

Deuxième amputation, s'il y a lieu :

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

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

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) _____