



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.

Renseignements au sujet de l'enfant

Nom de l'enfant : _____
Prénom Deuxième 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.

Renseignements au sujet des parents ou personnes responsables

1^{er} parent ou 1^{re} 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^e 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

Veillez 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^{er} parent ou 1^{re} personne responsable 2^e parent ou personne responsable Les deux parents ou personnes responsables

Types d'amputations

Membres supérieurs

	Gauche	Droit
Main partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Main	<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 partiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pied	<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 ou les amputations résultent d'une différence de longueur du : fémur ou tibia/péroné
L'amputation ou les amputations résultent d'une différence de longueur du : humérus ou radius/cubitus
La différence de longueur est de : _____ cm ou _____ pouces

Notes additionnelles : _____

Techniques spéciales

Chirurgie rotative Allongement d'un membre Autre *Veillez spécifier :* _____

Cause de l'amputation

À la naissance

- Congénitale
 Congénitale – chirurgicale
(lorsque l'on a procédé ou procédera
à une amputation chirurgicale par nécessité
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 : _____

Date de la chirurgie (si applicable) : _____

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

Est-ce que présentement un membre artificiel ou un appareil est en train d'être fabriqué? Oui Non

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? _____

Quels sont vos besoins immédiats? _____

Comment pensez-vous que le Programme LES VAINQUEURS peut vous venir en aide, à vous et à votre famille?

Signature

1^{er} parent ou 1^{re} personne responsable

Date : _____
jour/mois/année

2^e 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.