

# 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. **Les renseignements recueillis pourraient être traités par un fournisseur de services tiers.**

## Renseignements au sujet de votre enfant

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_  
Prénom Deuxième(s) prénom(s) Nom de famille

Prénom d'usage de l'enfant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

Sexe : \_\_\_\_\_ Pronoms d'usage de votre enfant : \_\_\_\_\_

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.**

Veuillez indiquer la langue de correspondance désirée :  Français  Anglais

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quels sont vos besoins immédiats?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Renseignements au sujet des 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 prothétique, un séminaire, etc.)

1<sup>er</sup> parent out 1<sup>re</sup> personne responsable  2<sup>e</sup> parent ou personne responsable  Les deux parents ou personnes responsables

## Type d'amputation(s)

Veuillez sélectionner tous les types d'amputation qui s'appliquent, et en indiquer l'emplacement (dans le cas d'amputations bilatérales, sélectionnez la gauche et la droite). Veuillez indiquer la cause (de naissance, médicale ou accidentelle) et la date à laquelle chaque amputation a eu lieu.

	Gauche	Droite	Cause	Date
Transradiale (au-dessous du coude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Main partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation du poignet (au niveau du poignet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Transtibiale (au-dessous du genou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Transfémorale (au-dessus du genou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pied partiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Amputation de Syme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation de la cheville (au niveau de la cheville)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation du genou (au niveau du genou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Transhumérale (au-dessus du coude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation du coude (au niveau du coude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hémipectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation de la hanche (au niveau de la hanche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Plastie de rotation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation inter-scapulo-thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation de l'épaule (au niveau de l'épaule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Autre (veuillez préciser) : _____				

La ou les amputations résultent d'une différence de longueur du :  fémur et/ou du  tibia/péroné

La ou les amputations résultent d'une différence de longueur du :  humérus et/ou du  radius/cubitus

La différence de longueur est de : \_\_\_\_\_ cm ou \_\_\_\_\_ pouces

Notes additionnelles :

## Cause(s) de l'amputation

Veillez sélectionner tout ce qui s'applique et inscrire la ou les dates de chaque amputation ou opération s'il y a lieu.

### À la naissance

Congénitale   
Congénitale chirurgicale   
(amputation congénitale qui nécessite ou nécessitera une intervention chirurgicale)  
Type d'amputation congénitale :  
Pas de cause ou de diagnostic   
Maladie des brides amniotiques   
Hémimélie fibulaire   
Fémur court congénital   
Syndrome TAR   
Autre   
Veillez préciser : \_\_\_\_\_

### Médicale

Date du diagnostic : \_\_\_\_\_  
 Cancer  
Méningite  
Diabète  
Vasculaire  
 Sepsie  
 Autre  
Veillez préciser : \_\_\_\_\_

### Accident

Date de l'accident : \_\_\_\_\_  
 Engin explosif improvisé   
 Accident de la route   
 Accident survenu à la ferme   
 Accident impliquant une tondeuse   
 Accident impliquant un train   
 Électrocution   
Gelure   
Accident impliquant une meuleuse   
Accident de travail   
Autre   
Veillez préciser : \_\_\_\_\_

Date de la ou des amputations, ou de la ou des opérations (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Comptez-vous tenter une action en justice relative à la cause de l'amputation (s'il y a lieu)?  Oui  Non

Veillez indiquer le nom du centre prothétique ou de réadaptation que vous fréquentez : \_\_\_\_\_

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

## Autres sources de financement

Êtes-vous admissible à toute autre source d'aide financière, par exemple l'aide sociale, 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  Non  
Veillez préciser : \_\_\_\_\_

## Décharge de responsabilité

En inscrivant mon enfant, \_\_\_\_\_ au Programme pour enfants amputés (aussi appelé Programme LES VAINQUEURS) de l'Association des Amputés de guerre, je soussigné(e), \_\_\_\_\_ (parent ou personne responsable de \_\_\_\_\_), décharge et libère, pour une durée indéterminée, l'Association des Amputés de guerre de toute faute à l'égard des réclamations, demandes, dommages, actions ou causes d'action engagés, ou pouvant être engagés, conformément à toute loi ou à tout principe d'équité que moi ainsi que mes héritiers, exécuteurs, administrateurs ou ayants droit pouvons, devons ou pourrions trouver en raison de la participation de mon enfant au Programme LES VAINQUEURS, notamment à des activités telles que des projets de vidéo/film et d'autres événements organisés par l'association.

De plus, je conviens d'indemniser et de garantir l'Association des Amputés de guerre, ses successeurs et ses ayants droit à l'égard de tout dommage, action, dette, compte, réclamation et demande qui pourraient ultérieurement être intentés contre eux par ou au nom de mon enfant désigné ci-dessus en raison de sa participation au Programme LES VAINQUEURS.

\_\_\_\_\_  
Parent/personne responsable (en lettre moulées)

\_\_\_\_\_  
Témoin (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Courriel

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/de la personne responsable

\_\_\_\_\_  
Signature du ou de la témoin

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

jour/mois/année

jour/mois/année

Suite à la page 4.

## Signature

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

Date : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

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

Date : \_\_\_\_\_  
jour/mois/année

