

Formulaire d'inscription

Programme pour adultes amputés

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 <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>
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. diabète, accident de la route)
Type d'amputation _____	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)	
Détails supplémentaires _____	
(par ex. mains partielles ou pieds partiels)	
Deuxième amputation, s'il y a lieu :	
Date de l'amputation _____	Cause de l'amputation _____
(Jour – Mois – Année)	(par ex. diabète, accident de la route)
Type d'amputation _____	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)	
Détails supplémentaires _____	
(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)