



SOCIÉTÉ DE LA SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE DU QUÉBEC  
AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS SOCIETY OF QUEBEC  
LA MALADIE DE LOU GEHRIG'S DISEASE  
www.sla-quebec.ca

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION POUR AIDANT(E)S REGISTRATION FORM FOR CAREGIVERS

Toutes les questions sont facultatives / All questions are optional

### Énoncé de confidentialité / Confidentiality statement

La Société de la SLA du Québec respecte votre vie privée. Nous protégeons vos informations personnelles et adhérons aux exigences législatives concernant la confidentialité. Nous ne louons, vendons ou n'échangeons pas nos listes d'envois. L'information recueillie ne sera utilisée que pour livrer des services et, si vous le désirez, vous garder informés sur nos activités, programmes et services. Seul le personnel autorisé aura accès aux informations qui pourraient vous identifier. S'il advient des changements concernant vos données, nous vous invitons à nous en faire part par téléphone au 1 877 8-725-7725 ou par courriel à [info@sla-quebec.ca](mailto:info@sla-quebec.ca).

Je certifie que je comprends les implications des énoncées trouvés ci-haut.

*The ALS Society of Quebec respects your privacy. We protect your personal information and adhere to all legislative requirements with respect to confidentiality. We do not rent, sell or trade our mailing lists. The information you provide will be used to deliver services and to keep you informed and up to date on the activities of the ALS Society of Quebec, including newsletters, programs, services and special events. Only authorized personnel have access to any identifying information. Please notify us of any changes by phone at 1 877 725-7725 or via email at [info@sla-quebec.ca](mailto:info@sla-quebec.ca).*

*I certify that I have read and understood the implications of the above privacy statement*

### Identification de la personne atteinte de la SLA / Identification of the person diagnosed with ALS

Nom/ Surname \_\_\_\_\_ Prénom/ Given name \_\_\_\_\_ M | F | Autre/Other  
Genre/ Gender

### Identification de l'aidant(e) principal(e) / Identification of the primary caregiver

Nom/ Surname \_\_\_\_\_ Prénom/ Given name \_\_\_\_\_ Genre/ Gender

Adresse/ Address \_\_\_\_\_ Ville/ City \_\_\_\_\_ Code Postal/ Postal Code \_\_\_\_\_

Tél/ Tel (Domicile/Home) \_\_\_\_\_ Tél/ Tel (Cellulaire/Mobile) \_\_\_\_\_ Tél/ Tel (Bureau/Office) \_\_\_\_\_

Adresse Courriel/ Email Address \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mm/année)/Date of birth (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_

### Autres aidant(e)s / Other caregivers

Nom/Surname \_\_\_\_\_ Prénom/ Given name \_\_\_\_\_ Relation avec la personne atteinte  
Relationship with the diagnosed person \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mm/année)  
Date of birth (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_

Nom/Surname \_\_\_\_\_ Prénom/ Given name \_\_\_\_\_ Relation avec la personne atteinte  
Relationship with the diagnosed person \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mm/année)  
Date of birth (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_

Nom/Surname \_\_\_\_\_ Prénom/ Given name \_\_\_\_\_ Relation avec personne atteinte  
Relationship with the diagnosed person \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mm/année)  
Date of birth (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_

### Formulaire complété par / Form completed by

Date (jj/mm/année) \_\_\_\_\_ Par/ By \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
(dd/mm/yyyy)

**SVP ENVOYER CE FORMULAIRE À LA SOCIÉTÉ DE LA SLA DU QUÉBEC  
PLEASE SEND THIS FORM TO THE ALS SOCIETY OF QUEBEC**

5415 rue Paré, Suite 200, Mont-Royal, QC H4P 1P7

Ou par FAX/ or by FAX at (514) 725-6184

Ou à/ or at : [info@sla-quebec.ca](mailto:info@sla-quebec.ca)