



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 – Professionnels de la santé REGISTRATION FORM – Health care professionals

Identification et coordonnées professionnelles / Identification and professional coordinates

Nom/Surname	Prénom/ Given name	M F Autre/Other Genre/Gender
Titre/Title		Établissement/Institution
Adresse/Address		Ville/City Code postal/Postal code
Téléphone/Telephone (Travail-Work)		Courriel professionnel /Professional email
Langue préférée de correspondance/Preferred language of correspondence : Français <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/>		
Dans quel domaine clinique fournissez-vous des soins aux personnes atteintes de SLA ? In what clinical environment do you provide care to people with ALS?		
Clinique spécialisée dans la SLA <input type="checkbox"/> Soutien et soins à domicile <input type="checkbox"/> Soins de réadaptation <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Specialized ALS clinic Homecare support services Rehabilitation Services Palliative care Other		
Si Autre est sélectionné, veuillez spécifier /If Other is selected, please specify : _____		

Coordonnées personnelles / Personal coordinates

Adresse/Address	Ville/City	Code postal/Postal code
Tél/Tel (Domicile/Home)	Tél/Tel (Cellulaire/Mobile)	Adresse Courriel/Email Address

Renseignements additionnels/ Additional information (svp cochez les cases appropriées/please check appropriate boxes)

- Désirez-vous recevoir des invitations à nos différents ateliers et conférences? (Si oui, assurez-vous d'inscrire votre courriel ici-haut)
Do you wish to receive invitations to various conferences hosted by the ALS Society? (If so, you must provide your professional email above)
- Seriez-vous intéressé(e) à participer en tant que conférencier(ère) pour nos membres ou autres professionnels de la santé?
Would you be interested in offering conferences for our members or other health care professionals?

Confirmation d'inscription / Confirmation of registration

Signature _____ Date _____

En soumettant ce formulaire, vous autorisez la Société de la SLA du Québec à vous contacter par courriel et ainsi recevoir notre infolettre mensuelle, l'InfoXpress. Vous pouvez vous désabonner de l'InfoXpress à tout moment en cliquant sur le lien de désabonnement au bas de chaque courriel. / By submitting this form, you are granting the ALS Society of Quebec permission to contact you by email as well as to receive our monthly InfoXpress newsletter. You can unsubscribe from the InfoXpress newsletter at any time, by clicking the link at the bottom of each email.

SVP faire parvenir ce formulaire à / Please send this form to :

LA SOCIÉTÉ DE LA SLA DU QUÉBEC/ ALS SOCIETY OF QUEBEC
À l'attention de/Attention: Kate Busch 5415, rue Paré, Bureau 200, Mont-Royal, QC H4P 1P7
ou par Télécopieur/FAX: 514 725-6184 ou à kbusch@sla-quebec.ca