



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](mailto:kbusch@sla-quebec.ca)