



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.

Je certifie que je comprends les implications des énoncées trouvées 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.

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 _____ Genre/ Gender _____
M | F | Autre/Other

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 _____

Relation avec la personne atteinte / Relationship with the diagnosed person _____ Date de naissance (jj/mm/année) / Date of birth (dd/mm/yyyy) _____

Tél/Tel : (Domicile/Home) _____ Tél/Tel : (Cellulaire/Mobile) _____ Tél/Tel : (Bureau/Office) _____ Adresse courriel/Email address _____

Travaillez-vous/Do you work? Temps partiel/Part-time Temps plein/Full-time Je ne travaille pas/I do not work

Si vous travaillez/If you work : Nom de votre employeur/Name of your employer : _____

L'adresse de la personne atteinte est identique?/Does the person diagnosed with ALS live at the same address? Oui/Yes Non/No

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) / (dd/mm/yyyy) _____ Par/ By _____ Signature _____

**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