



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Programme pour adultes amputés

COORDONNÉES DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE

Nom de famille _____ Prénom _____ Second prénom _____

Autre nom de famille précédemment utilisé (facultatif) _____ **Langue de correspondance** Français Anglais

() - _____ **Date de naissance** _____ **Sexe** Homme Femme

Numéro de téléphone _____ (Jour – Mois – Année)

Appartement _____ Numéro _____ Rue _____ Case postale _____ Route rurale _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Adresse 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...)

Niveau d'amputation _____ Gauche Droite Bilatérale
(par ex. : au-dessus ou au-dessous du genou, du coude; hanche...)

Détails supplémentaires _____
(par ex. pour les mains partielles ou pieds partiels)

S'IL Y A PLUS D'UNE AMPUTATION

Date de l'amputation _____ **Cause de l'amputation** _____
(Jour – Mois – Année) (par ex. : diabète, accident de la route...)

Niveau d'amputation _____ Gauche Droite Bilatérale
(par ex. : au-dessus ou au-dessous du genou, du coude; hanche...)

Détails supplémentaires _____
(par ex. pour les mains partielles ou pieds partiels)

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, etc.) ou par un programme gouvernemental, comme l'assistance sociale? Veuillez préciser :

Signature de la personne qui fait la demande

Date (Jour – Mois – Année)

COORDONNÉES DU CENTRE PROTHÉTIQUE

Nom, adresse et numéro de téléphone
