

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

La mission de Dystrophie musculaire Canada est d'améliorer la vie des personnes atteintes de maladies neuromusculaires en finançant adéquatement la recherche d'un traitement curatif, en fournissant des services et en assurant un soutien constant. Dystrophie musculaire Canada fournit aux clients inscrits un large éventail de services : soutien, information, éducation, action sociale et programmes de prêt d'aides techniques et d'aides financières.

Pour vous inscrire auprès de Dystrophie musculaire Canada, vous devez avoir un diagnostic confirmé par un professionnel de la santé d'une maladie neuromusculaire couverte par notre organisation. Vous devez être citoyen canadien, immigrant reçu ou avoir le statut de réfugié.

Dystrophie musculaire Canada respecte votre vie privée et vos renseignements personnels demeureront strictement confidentiels. Les renseignements demandés dans le présent formulaire sont recueillis en vue de permettre à Dystrophie musculaire Canada de fournir des services qui répondent à vos besoins et de vous informer de nos programmes et activités. Tous les nouveaux clients inscrits recevront une trousse de bienvenue et un représentant des services de Dystrophie musculaire Canada communiquera avec eux.

Pour plus de renseignements sur la politique de protection de la vie privée de Dystrophie musculaire Canada, veuillez composer le 1-800-567-2236 ou visitez le [www.muscle.ca](http://www.muscle.ca)

## RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR (SECTION À ÊTRE REMPLIE PAR LE DEMANDEUR OU SON PARENT OU TUTEUR) :

### PRIÈRE D'ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

Langue préférée :  Français  Anglais

Salutation :  M.  Mme  Mlle  Autre : ..... Sexe :  Masculin  Féminin

Nom de la personne à inscrire : ..... Date de naissance : .....  
Prénom                      Initiale                      Nom de famille                      Année                      Mois                      Jour

Adresse à domicile : .....  
Numéro / rue / app.                      Ville                      Prov.                      Code postal

Adresse postale : .....  
Numéro / rue / app.                      Ville                      Prov.                      Code postal

Téléphone : (.....) ..... Téléphone : (.....) ..... Telephone: (.....) .....  
Résidence                      Bureau                      Cellulaire

Courriel (obligatoire si disponible) : .....

Statut :  Citoyen canadien  Immigrant reçu  Réfugié  Autre .....

Comment avez-vous entendu parler de Dystrophie musculaire Canada?

Clinique neuromusculaire  Internet  Aidant  Professionnel de la santé  
 Bouche-à-oreille  Parent  Autre : .....

SIGNATURE : ..... Date : .....  
Personne à inscrire ou son parent ou tuteur                      Année                      Mois                      Jour  
(si la personne à inscrire a moins de 18 ans)

Nom du parent ou tuteur : .....  
Prénom                      Nom de famille

## AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS DE BESOIN

1.  Conjoint(e)  Mère  Père  Tuteur  Autre .....  Même adresse que la personne à inscrire

Nom : ..... Téléphone : ( ..... )  
Résidence

Adresse : .....  
Numéro / rue / app. Ville Prov. Code postal

Courriel : .....

2.  Conjoint(e)  Mère  Père  Tuteur  Autre .....  Même adresse que la personne à inscrire

Name: ..... Telephone: ( ..... )  
Résidence

Adresse : .....  
Numéro / rue / app. Ville Prov. Code postal

Courriel : .....

## INFORMATION MÉDICALE (CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN MÉDECIN OU PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ)

Vous pouvez aussi joindre un document signé et daté qui précise le diagnostic.

Nom de la personne à inscrire : .....

Diagnostic (veuillez préciser) : .....  
Pour la liste des maladies couvertes par Dystrophie musculaire Canada, veuillez nous téléphoner ou visiter le [www.muscle.ca](http://www.muscle.ca)

Date du diagnostic : ..... Endroit : .....  
Année / Mois / Jour Nom de l'hôpital ou de la clinique Ville

Spécialiste neuromusculaire : ..... Téléphone : ( ..... )  
S.v.p., écrire en lettres moulées Numéro du spécialiste

Clinique neuromusculaire que fréquente la personne à inscrire : .....

Adresse postale : .....  
Numéro / rue / bureau Ville Prov. Code postal

Médecin : ..... Téléphone : ( ..... )  
S.v.p., écrire en lettres moulées (timbre du cabinet médical accepté)

Adresse postale : .....  
Numéro / rue / bureau Ville Prov. Code postal

SIGNATURE : ..... Date: .....  
Signature du professionnel de la santé ou du médecin Année mois jour

## RÉSERVÉ À L'USAGE DE DYSTROPHIE MUSCULAIRE CANADA

Inscription reçue par : ..... Date : ..... Trousse d'information expédiée le : .....  
Année / mois / jour

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à:

*Dernière mise à jour : 17 novembre 2017*

**Dystrophie musculaire Canada**

1425, boul. René-Lévesque ouest, bureau 506

Montréal, Qc. H3G 1T7

Télécopieur: 514-393-8113

Courriel: [inscription@muscle.ca](mailto:inscription@muscle.ca)