



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

Toutes les questions dans ce formulaire sont facultatives.

## Identification de la personne atteinte de la SLA

nom	prénom	H / F
		sexe
adresse	ville	code postal
tél (résidence)	tél (cellulaire)	tél (bureau)
		courriel
date de naissance (jour/mois/année)	date du diagnostic (mois/année)	date début des symptômes (mois/année)
		Bulbaire ou Spinale
Langue de communication: F <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>		Désirez-vous recevoir nos publications: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (version électronique <input type="checkbox"/> imprimée <input type="checkbox"/> )
Assurance médicale privée: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Désirez-vous participer à nos conférences et groupes d'entraide: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

## Médecin ayant posé le diagnostic de la SLA

nom/prénom centre hospitalier téléphone

## Neurologue traitant

nom/prénom centre hospitalier téléphone

## Médecin de famille / omnipraticien

nom/prénom centre hospitalier téléphone

## CLSC

Nom du CLSC : \_\_\_\_\_

nom de l'intervenant principal titre professionnel téléphone

nom de l'intervenant secondaire titre professionnel téléphone

## Centre de réadaptation

Nom du centre: \_\_\_\_\_

nom de l'intervenant principal titre professionnel téléphone

nom de l'intervenant secondaire titre professionnel téléphone

## Autre institution de santé

Nom de l'institution : \_\_\_\_\_

nom de l'intervenant principal titre professionnel téléphone

