



SOCIÉTÉ DE LA SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE DU QUÉBEC  
AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS SOCIETY OF QUÉBEC  
LA MALADIE DE LOU GEHRIG'S DISEASE  
www.sla-quebec.ca

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION DES AIDANTS

Toutes les questions sont facultatives.

### Personne atteinte de la SLA

Nom/prénom \_\_\_\_\_ Région \_\_\_\_\_ H / F  
sexe

### Identification de l'aidant(e) de la personne atteinte de la SLA

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_ H / F  
sexe

adresse \_\_\_\_\_ ville \_\_\_\_\_ code postal \_\_\_\_\_

Tél (maison) \_\_\_\_\_ tél (cellulaire) \_\_\_\_\_ tél (bureau) \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Date de naissance (jour/mois/année) \_\_\_\_\_

Aidant Principal  aidant secondaire

Désirez-vous recevoir nos publications électroniques: oui  non

Désirez-vous participer à nos conférences et groupes d'entraide : oui  non

Désirez-vous participer à notre programme de visites amicales : oui  non

Désirez-vous participer à notre programme de jumelage : oui  non

### Autres aidant(e)s

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_ lien avec la personne atteinte \_\_\_\_\_ date de naissance  
jour / mois / année

Aidant Principal  aidant secondaire

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_ lien avec la personne atteinte \_\_\_\_\_ date de naissance  
jour / mois / année

Aidant Principal  aidant secondaire

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_ lien avec la personne atteinte \_\_\_\_\_ date de naissance  
jour / mois / année

Aidant Principal  aidant secondaire

### Formulaire complété

Date (jour/mois/année) \_\_\_\_\_ Par \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

J'ai été référé à la Société de la SLA par : \_\_\_\_\_