



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 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 : _____

FORMULAIRE PROCHE AIDANT(E)- INFORMATION POUR APPUI

NOM AIDÉ(E): (nom) _____ (prénom) _____ (sexe) _____ **H / F**

NOM AIDANT(E) : (nom) _____ (prénom) _____ (sexe) _____ **H / F**

CSSS* : _____

(*si la personne ne connaît que son CLSC, voir liste plus bas)

CATEGORIE D'AGE : Moins de 35 ans : _____ 55 à 64 ans : _____
35 ans à 44 ans : _____ 65 ans et plus : _____
45 à 54 ans : _____

TRAVAIL : Temps plein : _____ Temps partiel : _____
Pas de travail : _____

LANGUE: Français : _____ Anglais : _____ Italien : _____
Espagnol : _____ Arabe : _____ Grec : _____
Autre (préciser) : _____

HEURES DE TRAVAIL DEDIEES A LA PERSONNE ATTEINTE, PAR SEMAINE :
1 à 4 heures : _____ 5 à 9 heures : _____
10 à 19 heures : _____ 20 heures et + : _____

LIEN DU PROCHE AIDANT- qui est l'aidant :
Conjoint : _____ Enfant : _____ Petit-enfant : _____
Sœur/frère : _____ Ami : _____
Autre (préciser) : _____

CSSS Sud-Ouest/Verdun : CLSC Verdun, Saint-Henri, Ville-Émard-Côte-Saint-Paul

CSSS de la Montagne : CLSC de Côte des Neiges, Parc-Extension, Métro

CSSS Cavendish : CLSC de Benny Farm, René-Cassin

CSSS Bordeaux/Cartierville/Saint-Laurent : CLSC Bordeaux-Cartierville, Saint-Laurent

CSSS Ahuntsic/Montréal-Nord : CLSC d'Ahuntsic, Montréal-Nord

CSSS Ouest de l'Île : CLSS de Pierrefonds, Lac Saint-Louis

CSSS Pointe de l'Île : CLSC de Mercier-Est-Anjou, Pointe-aux-Trembles-Montréal Est, Rivière-des-Prairies

CSSS Lucille Teasedale : CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond, Rosemont

CSSS Saint-Léonard/Saint-Michel : CLSC Saint-Léonard, Saint-Michel

CSSS Jeanne-Mance : CLSC des Faubourgs, du Plateau Mont-Royal, Saint-Louis du Parc

CSSS du Cœur de l'Île : CLSC de la Petite-Patrie, Villeray

CSSS Dorval/Lachine/Lasalle : CLSC Dorval-Lachine, LaSalle