

FORMULAIRE D'INSCRIPTION¹



Dystrophie musculaire Canada a pour mission 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. Nous fournissons à nos clients inscrits un éventail de services, notamment en matière de soutien, d'information, de formation, de défense des droits et d'aides techniques.

Pour vous inscrire comme client, vous devez avoir un diagnostic confirmé de l'une ou l'autre des maladies neuromusculaires dont s'occupe Dystrophie musculaire Canada, signé par un médecin ou un professionnel de la santé. Vous devez être citoyen canadien, immigrant reçu ou réfugié au Canada. Nous vous invitons à visiter notre site internet (www.muscle.ca) pour consulter la liste complète des maladies neuromusculaires dont s'occupe notre organisation.

Dystrophie musculaire Canada (DMC) recueille des renseignements personnels pour diverses fins, dont la prestation de nos services, la collecte de fonds, la gestion de la qualité, la recherche, la facturation et pour remplir nos obligations légales et réglementaires.

Pour protéger les renseignements personnels et préserver leur confidentialité, nous utilisons diverses mesures de sécurité. Nous ne partageons aucun renseignement personnel avec des tiers, sauf si ce partage est directement lié à la prestation ou à l'amélioration de nos services, ou qu'une loi canadienne ne l'exige. Les renseignements personnels qui ne sont plus requis aux fins déterminées pour leur collecte sont détruits, effacés ou rendus anonymes. DMC a mis en place des directives et procédures pour prévenir tout accès non autorisé aux renseignements personnels et pour encadrer leur destruction. On peut consulter la politique de confidentialité et de protection des renseignements personnels de DMC sur son site Web ou sur demande.

Pour plus d'information sur Dystrophie musculaire Canada ou sur sa politique de confidentialité, composez le 1 800 567-2873 ou visitez le www.muscle.ca.

RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT (cette section doit être remplie par le demandeur, ses parents ou son tuteur)

SVP, ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES*

Langue de communication préférée : Français Anglais

Titre de civilité : M^{me} M. Mlle Autre : Sexe : Féminin Masculin

Nom du requérant :
Prénom Initiale Nom de famille

Date de naissance :
Année Mois Jour

Adresse à domicile :
Unité-numéro municipal, nom de la rue Ville Prov. Code postal

Adresse postale :
Unité-numéro municipal, nom de la rue Ville Prov. Code postal

Téléphone : Téléphone : Telephone:
Résidence Travail 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/préposé Professionnel de la santé
 Bouche à oreille Parent Autre :

Je comprends pourquoi Dystrophie musculaire Canada (DMC) m'a demandé des renseignements personnels et je l'autorise à utiliser ceux-ci aux fins indiquées. Je comprends aussi que je peux en tout temps retirer mon consentement, sous réserve des obligations contractuelles ou légales inhérentes et d'un avis donné dans un délai raisonnable, et que DMC m'informera des implications d'un tel retrait.

SIGNATURE : Date :
Requérant (ou parents ou tuteur si le requérant a moins de 18 ans) Année / mois / jour

Nom du parent ou tuteur :
Prénom Nom de famille

¹ L'emploi du masculin est ici privilégié dans le seul but d'alléger le texte.

AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS DE BESOIN

1. Conjoint(e) Mère Père Tuteur Autre Même adresse que le requérant

Nom : Téléphone :
Résidence

Adresse :
Unité-numéro municipal, nom de la rue Ville Prov. Code postal

Courriel :

2. Conjoint(e) Mère Père Tuteur/ tutrice Autre Même adresse que le requérant

Nom : Téléphone :
Résidence

Adresse :
Unité-numéro municipal, nom de la rue Ville Prov. Code postal

Courriel :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SECTION À ÊTRE REMPLIE PAR UN MÉDECIN OU UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ)

Le requérant peut aussi joindre un document signé et daté qui précise le diagnostic.

Nom du requérant :

Diagnostic (svp, préciser) :
Veillez contacter Dystrophie musculaire Canada pour obtenir la liste des maladies neuromusculaires dont nous nous occupons.
Aussi disponible en ligne au www.muscle.ca

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

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

Clinique neuromusculaire fréquentée par le requérant :

Adresse postale :
Unité-numéro municipal, nom de la rue Ville Prov. Code postal

Médecin : Téléphone :
Svp, inscrire le nom en lettres moulées ou utiliser le tampon du cabinet médical

Adresse postale :
Unité-numéro municipal, nom de la rue Ville Prov. Code postal

SIGNATURE : Date :
Médecin ou professionnel de la santé Année mois jour

À L'USAGE EXCLUSIF DE DYSTROPHIE MUSCULAIRE CANADA

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

Dystrophie musculaire Canada respecte la déclaration des droits des donateurs de l'Association des professionnels de la collecte de fonds (AFP) et protège la confidentialité de vos renseignements personnels. Les renseignements que vous fournissez sont utilisés pour nous aider à gérer votre don, à vous en remercier, à délivrer des reçus officiels et à vous tenir au courant de nos activités. Si vous ne désirez pas recevoir de communications futures de Dystrophie musculaire Canada, veuillez cocher cette case.

Veillez transmettre votre demande dûment remplie à l'adresse suivante :

301-150, rue Isabella, Ottawa, ON K1S 1V7
Sans frais : 1 800 567-2873 Téléc. : 613 567-2288
Courriel : inscription@muscle.ca

FM19RegistrationForm-F
Mise à jour 19/03/15