

Formulaire d'inscription

Dans ce document, le genre masculin est parfois utilisé comme générique, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.



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. Dystrophie musculaire Canada fournit à ses 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 DMC, signé par un médecin ou un professionnel de la santé. Nous vous invitons à visiter notre site Web (www.muscle.ca) pour consulter la liste complète des maladies neuromusculaires dont s'occupe notre organisation.

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

DMC a recours à plusieurs mesures de sécurité pour protéger les renseignements personnels et préserver leur confidentialité et l'organisation ne partagera aucun renseignement personnel avec des tiers, sauf si ce partage est directement lié à la prestation ou à l'amélioration de ses services, ou qu'une loi canadienne ne l'exige. 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 de DMC de son site Web ou l'obtenir sur demande.

Pour avoir 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 LA PERSONNE À INSCRIRE : (Cette section doit être remplie par le demandeur (si + de 18 ans), ou son parent, tuteur ou mandataire)

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

Langue de communication préférée : Français Anglais Je peux m'exprimer en : Français Anglais
(Cochez toutes les langues qui s'appliquent.)

Titre de civilité : M. Mme Mlle Autre : _____

Sexe : Masculin Féminin Non binaire Autre : _____ Je préfère ne pas répondre

Nom du demandeur : _____ Date de naissance : _____
Prénom Initiale Nom de famille Année Mois Jour

Adresse à domicile : _____
Unité / Numéro municipal / Rue Ville Prov Code postal

Adresse postale : _____
(Si différente de l'adresse postale) Unité / Numéro municipal / Rue Ville Prov Code postal

Téléphone : _____
Résidence Travail Cellulaire

Courriel : _____
(obligatoire si disponible)

Statut : Citoyen canadien Immigrant reçu Autre _____

Comment avez-vous entendu parler de Dystrophie musculaire Canada? Clinique neuromusculaire Médias sociaux
 Proche aidant(e) / Préposé(e) Professionnel de la santé De bouche à oreille Membre de la famille Site Web de DMC
 Autre: _____

Je comprends que ces renseignements personnels sont requis dans le cadre la présente demande et j'autorise Dystrophie musculaire Canada (DMC) à utiliser ceux-ci aux fins indiquées. Je comprends aussi que je peux en tout temps retirer mon consentement en avisant DMC dans un délai raisonnable, sous réserve des obligations contractuelles ou juridiques inhérentes, et que DMC m'informera des conséquences d'un tel retrait. Je permets également à DMC de communiquer avec le professionnel de la santé signataire pour confirmer mon diagnostic et lui poser des questions de suivi aux fins d'admissibilité.

SIGNATURE: _____ Date: _____
Demandeur (si +18 ans), parent, tuteur ou mandataire Année Mois Jour

Nom du parent, tuteur ou mandataire : _____
Prénom Nom de famille

AUTRES PERSONNES À JOINDRE EN CAS DE BESOIN

1. Conjoint(e) Mère Père Tuteur Autre Même adresse que le demandeur
(veuillez préciser)

Nom : Téléphone :
Résidence

Adresse :
Unité / Numéro municipal / Rue Ville Prov Code Postal

Courriel :

2. Conjoint(e) Mère Père Tuteur Autre Même adresse que le demandeur
(veuillez préciser)

Nom : Téléphone :
Résidence

Adresse :
Unité / Numéro municipal / Rue Ville Prov Code Postal

Courriel :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (À ÊTRE REMPLI PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ)

Le demandeur peut aussi joindre un document qui précise le diagnostic signé et daté par un professionnel de la santé.

Nom du demandeur :

Diagnostic :

(Veuillez donner quelques détails sur le diagnostic : p. ex. : type et résultats des tests génétiques, le cas échéant.)

Si vous ne savez pas si DMC s'occupe de la maladie du demandeur, veuillez visiter muscle.ca ou écrire à research@muscle.ca.

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

Professionnel de la santé signataire : Téléphone :
Veuillez inscrire le nom en lettres moulées (Le tampon du cabinet médical est accepté.)

Courriel :

Adresse postale :
Unité / Numéro municipal / Rue Ville Prov Code Postal

SIGNATURE: Date:
Professionnel de la santé Année Mois Jour

Neurologue ou Spécialiste en maladies neuromusculaires : Téléphone :
(Si cette personne diffère de celle qui précède) Veuillez inscrire le nom en lettres moulées.

Clinique neuromusculaire fréquentée par le demandeur :

Courriel :

Adresse postale :
Unité / Numéro municipal / Rue Ville Prov Code Postal

J'autorise DMC à communiquer avec moi pour demander toute précision sur l'information transmise ici et pour toute question qui pourrait aider à établir l'admissibilité.

Je signe la présente au meilleur de mes capacités et je certifie qu'à ma connaissance, toutes les informations sont exactes.

Soumettre le formulaire rempli à:

40 Avenue Eglinton Est Suite 500 Toronto, ON M4P 3A2

1-800-567-2873 Fax : 1 866 726-8732

Courriel : registration@muscle.ca

FM21RegistrationForm-E

Updated 03/15/2021