

Formulaire d'inscription



Dystrophie musculaire Canada (DMC) a pour mission d'améliorer la vie des personnes touchées par les 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(e), vous devez avoir un diagnostic confirmé de l'une ou l'autre des maladies neuromusculaires couvertes par Dystrophie musculaire Canada, signé par un médecin ou un(e) professionnel(le) de la santé. Nous vous invitons à visiter notre site Web (www.muscle.ca) pour consulter la liste complète des maladies neuromusculaires couvertes par notre organisation.

Dystrophie musculaire Canada 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.

Dystrophie musculaire Canada a recours à plusieurs mesures de sécurité pour protéger les renseignements personnels et préserver leur confidentialité. 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. Dystrophie musculaire Canada 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 Dystrophie musculaire Canada sur son site Web ou l'obtenir sur demande.

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

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À INSCRIRE : (Cette section doit être remplie par le demandeur, son parent, tuteur ou mandataire)

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

Langue de préférence : 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 : _____
Numéro municipal / Rue / App. Ville Prov. Code postal

Adresse postale : _____
(si différente de l'adresse à domicile) Numéro municipal / Rue / App. Ville Prov. Code postal

Téléphone : _____
Résidence Travail Cellulaire

Courriel : _____
(requis si disponible)

Statut : Citoyen(ne) canadien(ne) Immigrant(e) reçu(e) Autre : _____

Comment avez-vous entendu parler de Dystrophie musculaire Canada? Clinique neuromusculaire Médias sociaux
 Proche aidant(e) / Préposé(e) Professionnel(le) de la santé 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'informerait des conséquences d'un tel retrait. Je permets également à DMC de communiquer avec le/la professionnel(le) 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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX : Doit être rempli par un(e) clinicien(ne) spécialisé(e) dans les maladies neuromusculaires, c.-à-d. neurologue, prestataire de soins paramédicaux ou médecin*.

* Je n'ai pas de clinicien(ne) spécialisé(e) dans les maladies neuromusculaires et j'aimerais qu'on m'aide à en trouver un(e).

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

Nom du demandeur :

Diagnostic :

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

Si vous ne savez pas si Dystrophie musculaire Canada couvre la maladie du demandeur, veuillez visiter muscle.ca ou écrire à research@muscle.ca.

Date du diagnostic : Endroit : Ville :

Année / Mois / Jour

Nom de l'hôpital ou de la clinique

Ville

Professionnel(le) de la santé signataire : Téléphone :

Veuillez inscrire le nom en lettres moulées (le tampon du cabinet médical est accepté).

Titre/profession : Courriel :

J'autorise Dystrophie musculaire Canada 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 suis un(e) professionnel(le) de la santé réglementé(e), je signe ce formulaire au mieux de mes capacités et j'atteste que les informations sont exactes à ma connaissance.

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.

SIGNATURE: Date:
Professionnel(le) de la santé Année Mois Jour

Neurologue ou spécialiste des maladies neuromusculaires :
Veuillez inscrire le nom en lettres moulées.

Téléphone :

Clinique neuromusculaire fréquentée par le demandeur :

Courriel :

Adresse postale :
Numéro municipal / Rue / Bureau Ville Prov. Code postal

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE DE LA FAMILLE

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

Langue de préférence : Français Anglais Je peux m'exprimer en : Français Anglais

Titre de civilité : M. Mme Mlle Autre : _____

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

Nom : _____ Date de naissance : _____
Année Mois Jour

Adresse : _____
Numéro municipal / Rue / App. Ville Prov. Code postal

Courriel : _____ Téléphone : _____
Résidence

Statut : Citoyen(ne) canadien(ne) Immigrant(e) reçu(e) Autre _____

Acceptez-vous d'être inscrit(e) auprès de DMC en tant que membre de la famille ? Oui Non

J'autorise DMC à me contacter pour toute précision concernant les renseignements fournis dans cette section et pour répondre à toute question susceptible d'aider à déterminer l'éligibilité.

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.

SIGNATURE : _____ Date : _____

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

Langue de préférence : Français Anglais Je peux m'exprimer en : Français Anglais

Titre de civilité : M. Mme Mlle Autre : _____

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

Nom : _____ Date de naissance : _____
Année Mois Jour

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

Courriel : _____ Téléphone : _____
Résidence

Statut : Citoyen(ne) canadien(ne) Immigrant(e) reçu(e) Autre _____

Acceptez-vous d'être inscrit(e) auprès de DMC en tant que membre de la famille ? Oui Non

J'autorise DMC à me contacter pour toute précision concernant les renseignements fournis dans cette section et pour répondre à toute question susceptible d'aider à déterminer l'éligibilité.

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.

SIGNATURE : _____ Date : _____

Soumettre le formulaire complété à :

4211, rue Yonge, bureau 316, Toronto, ON M2P 2A9

1 800 567-2873 Télécopieur : 1 866 726-8732 Courriel : registration@muscle.ca

MDC24RegistrationForm-F
Mis à jour le 24/12/23

Page 3 de 3