

Inscription – Programme LES VAINQUEURS

Les renseignements demandés nous permettront de fournir à votre enfant les ressources adaptées à ses besoins. Afin que nos dossiers soient aussi complets et précis que possible, nous vous demandons de nous fournir tous les renseignements dont vous disposez sur l'amputation de votre enfant. **Les renseignements recueillis pourraient être traités par un fournisseur de services tiers.**

Renseignements au sujet de votre enfant

Nom de l'enfant : _____

Prénom Deuxième(s) prénom(s) Nom de famille

Prénom d'usage de l'enfant : _____ Date de naissance : _____
jour/mois/année

Sexe : _____ Pronoms d'usage de votre enfant : _____

Adresse :

Ville : Province : Code postal :

Par souci de confidentialité et de protection des renseignements personnels, toute correspondance du Programme LES VAINQUEURS sera postée au nom de votre enfant à l'adresse indiquée ci-dessus uniquement.

Veuillez indiquer la langue de correspondance désirée : ☐ Français ☐ Anglais

Comment avez-vous entendu parler de l'Association des Amputés de guerre et des services qu'elle offre aux personnes amputées?

Quels sont vos besoins immédiats?

Comment pensez-vous que le Programme LES VAINQUEURS peut vous venir en aide, à vous et à votre famille?

Renseignements au sujet des parents ou personnes responsables

1^{er} parent ou 1^{re} personne responsable : _____

Prénom Nom de famille

Lien avec l'enfant : Vit avec l'enfant : ☐ Oui ☐ Non A le droit de garde : ☐ Oui ☐ Non

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Ville : Province : Code postal :

Tél. à la maison : Tél. au travail : Poste : Tél. cellulaire :

Courriel :

2^e parent ou personne responsable : _____

Prénom

Nom de famille

Lien avec l'enfant : _____ Vit avec l'enfant : ☐ Oui ☐ Non A le droit de garde : ☐ Oui ☐ Non

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Tél. à la maison : _____ Tél. au travail : _____ Poste : _____ Tél. cellulaire : _____

Courriel : _____

Nous demanderons une copie de toute entente concernant la garde de l'enfant. En l'absence de cette information, les deux parents auront accès au dossier de l'enfant.

Renseignement pour les remboursements

Veuillez indiquer à qui les chèques de remboursement devront être libellés (par exemple, pour les dépenses de déplacement relatives à un rendez-vous prothétique, un séminaire, etc.)

☐ 1^{er} parent ou 1^{re} personne responsable ☐ 2^e parent ou personne responsable ☐ Les deux parents ou personnes responsables

Type d'amputation(s)

Veuillez sélectionner tous les types d'amputation qui s'appliquent, et en indiquer l'emplacement (dans le cas d'amputations bilatérales, sélectionnez la gauche et la droite). Veuillez indiquer la cause (de naissance, médicale ou accidentelle) et la date à laquelle chaque amputation a eu lieu.

	Gauche	Droite	Cause	Date
Transradiale (au-dessous du coude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Main partielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation du poignet (au niveau du poignet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Transtibiale (au-dessous du genou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Transfémorale (au-dessus du genou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pied partiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Amputation de Syme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation de la cheville (au niveau de la cheville)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation du genou (au niveau du genou)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Transhumérale (au-dessus du coude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation du coude (au niveau du coude)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hémipectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation de la hanche (au niveau de la hanche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Plastie de rotation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation inter-scapulo-thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Désarticulation de l'épaule (au niveau de l'épaule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Autre (veuillez préciser) : _____			_____	_____

La ou les amputations résultent d'une différence de longueur du : ☐ fémur et/ou du ☐ tibia/péroné

La ou les amputations résultent d'une différence de longueur du : ☐ humérus et/ou du ☐ radius/cubitus

La différence de longueur est de : _____ cm ou _____ pouces

Notes additionnelles : _____

Cause(s) de l'amputation

Veuillez sélectionner tout ce qui s'applique et inscrire la ou les dates de chaque amputation ou opération s'il y a lieu.

À la naissance

Congénitale
Congénitale chirurgicale
(amputation congénitale qui nécessite ou nécessitera une intervention chirurgicale)

Type d'amputation congénitale :

Pas de cause ou de diagnostic

Maladie des brides amniotiques

Hémimélie fibulaire

Fémur court congénital

Syndrome TAR

Autre

Veuillez préciser : _____

Médicale

☐ Date du diagnostic : _____

☐ Cancer

Méningite

Diabète

Vasculaire

☐ Sepsie

☐ Autre

Veuillez préciser : _____

Accident

Date de l'accident : _____

☐ Engin explosif improvisé ☐

☐ Accident de la route ☐

☐ Accident survenu à la ferme ☐

☐ Accident impliquant une tondeuse ☐

☐ Accident impliquant un train ☐

☐ Électrocution ☐

Gelure ☐

Accident impliquant une meuleuse ☐

Accident de travail ☐

Autre ☐

Veuillez préciser : _____

Date de la ou des amputations, ou de la ou des opérations (s'il y a lieu) : _____

Comptez-vous intenter une action en justice relative à la cause de l'amputation (s'il y a lieu)? ☐ Oui ☐ Non

Veuillez indiquer le nom du centre prothétique ou de réadaptation que vous fréquentez : _____

Est-ce qu'un membre artificiel ou un appareil est présentement en train d'être fabriqué? ☐ Oui ☐ Non

Autres sources de financement

Êtes-vous admissible à toute autre source d'aide financière, par exemple l'aide sociale, une assurance maladie privée complémentaire ou une assurance collective offerte par votre employeur? Cette information nous permettra de respecter nos directives relativement à l'aide que nous offrons pour l'achat de membres artificiels.

☐ Oui *Veuillez préciser :* _____ ☐ Non

Décharge de responsabilité

En inscrivant mon enfant _____ au Programme pour enfants amputés (aussi appelé Programme LES VAINQUEURS) de l'Association des Amputés de guerre, je soussigné(e), _____ (parent ou personne responsable de _____), décharge et libère, pour une durée indéterminée, l'Association des Amputés de guerre de toute faute à l'égard des réclamations, demandes, dommages, actions ou causes d'action engagés, ou pouvant être engagés, conformément à toute loi ou à tout principe d'équité que moi ainsi que mes héritiers, exécuteurs, administrateurs ou ayants droit pouvons, devons ou pourrions trouver en raison de la participation de mon enfant au Programme LES VAINQUEURS, notamment à des activités telles que des projets de vidéo/film et d'autres événements organisés par l'association.

De plus, je consens, j'accepte et j'assume pleinement tous les risques de blessures personnelles, de maladie, de décès, de dommages matériels ou de toute perte ou frais occasionnés en raison de ma participation ou celle de mon enfant/ mes enfants au Programme LES VAINQUEURS et aux diverses activités pour quelque raison que ce soit, et je conviens d'indemniser et de garantir l'Association des Amputés de guerre, ses successeurs et ses ayants droit à l'égard de tout dommage, action, dette, compte, réclamation et demande qui pourrait ultérieurement être intenté contre eux par ou au nom de mon enfant désigné précédemment, de moi-même ou de mes autres enfants en raison de sa/notre participation au Programme LES VAINQUEURS.

Parent/personne responsable (en lettre moulées)

Témoin (en lettres moulées)

Courriel

Signature du parent/de la personne responsable

Signature du ou de la témoin

Date : _____
jour/mois/année

Date : _____
jour/mois/année

Signature

Signature du 1^{er} parent ou 1^{re} personne responsable

Signature du 2^e parent ou personne responsable

Date : _____
jour/mois/année

Date : _____
jour/mois/année

Je reconnais que l'Association des Amputés de guerre pourrait avoir besoin de transmettre à un tiers des renseignements personnels me concernant pour pouvoir assurer les services requis. Au moment où l'association me demandera ces renseignements ou voudra les utiliser, elle m'expliquera comment elle entend s'en servir. Sauf si la loi l'exige, l'association n'utilisera pas et ne transmettra pas mes renseignements personnels sans m'avoir informé(e) de la raison pour laquelle elle veut le faire et sans avoir obtenu mon autorisation. Une photocopie ou une version électronique de ce formulaire est aussi valide que l'original. Ce consentement demeure valable jusqu'à ce que je l'annule par écrit.

Requérant(e) (en lettres moulées)

Signature du requérant ou de la requérante

Date : _____
jour/mois/année

Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 13196 9628 RR0001