CRDP Centre de réadaptation en déficience physique — Le Bouclier

Formulaire inscription réadaptation au Bouclier

Nom : _____

Adresse : _____

_____

Numéro de téléphone : _____

Numéro de télécopieur : _____

Courriel : _____

Date de naissance : _____

Numéro assurance maladie : _____

Date d'expiration : _____

Sourd Gestuel : OUI NON
(encercler)

Langue utilisée : LSQ ASL Français
(encercler)

J'ai besoin d'aide pour □ Communication □ Aide psychologique
□ Famille □ Nouvelle aide technique

Autre : _____
_____
_____

Par quel moyen je préfère être rejoint :

SRB Fax Courriel Téléphone
(encercler)

Signature : _____

Donner copies de tous les documents pouvant être utiles même s'ils sont vieux (ex.: audiogramme, certificat ORL, rapports).

Faire parvenir AEO Fax 1 450 560-9814 Annie Locas