

LA MÉMOIRE AU BOUT DES DOIGTS

DEMANDE DE PARTICIPATION AU PROGRAMME LA MÉMOIRE AU BOUT DES DOIGTS

Remplir et faire parvenir votre fiche à l'adresse suivante :

Société Alzheimer des Maskoutains-Vallée des Patriotes
1970 rue Des Cascades, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 3J5

450 847-6616 | direction@alzheimermvp.com | alzheimermvp.com

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Nom, prénom: Date de naissance:

Adresse actuelle

Rue: Ville et code postal:

Téléphone: Cellulaire:

Courriel:

Nom de la résidence (si applicable):

Lien entre le demandeur et la personne en perte cognitive

Conjoint(e) | Fils/Fille | Ami(e)

Autre (précisez):

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE EN PERTE COGNITIVE

Nom, prénom: Date de naissance:

Adresse actuelle

Rue: Ville et code postal:

Téléphone: Cellulaire:

Nom de la résidence (si applicable):

Diagnostique:

Date du diagnostique:

Raison de la demande (ex : anxiété, besoin de stimulation, etc.) :

La personne en perte cognitive a-t-elle des difficultés à entendre? Oui Non

Si oui, porte-t-elle un ou des appareils auditifs? Oui Non

Signature: Signé le: