

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCEMENT

Activités de jour L'Essentiel pour répondre aux besoins des proches aidants de personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée.

COORDONNÉES DU PROCHE AIDANT

Prénom: _____ Nom: _____
Adresse: _____
Ville: _____ Code postal: _____
Téléphone: _____
Courriel: _____

PERSONNE AIDÉE

Prénom: _____ Nom: _____
Diagnostic: _____

COORDONNÉES DU RÉFÉRANT

Prénom: _____ Nom: _____
Nom de l'établissement: _____
Fonction: _____ Téléphone: _____
Courriel: _____

Autorisation à la coordonnatrice des activités de jour L'Essentiel de contacter le proche aidant par téléphone pour cédule une rencontre qui permettra de l'informer des activités de jour L'Essentiel (critères d'admissibilité, points de service, horaires, activités, frais, etc).

Par courriel Par téléphone Je l'autorise à laisser un message vocal

Signature du proche aidant

Date

OU

Signature du référent ayant obtenu l'autorisation verbale du proche aidant

Date

Transmission du formulaire :

Courriel: centredejour@alzheimerchap.qc.ca

Télécopieur: 418 387-1360

Un service
offert par :

Société Alzheimer
CHAUDIÈRE-APPALACHES



Avec l'aide
financière de :

L'APPU POUR LES
PROCHES AIDANTS
D'ÂGÉS
CHAUDIÈRE-APPALACHES