

Activités de jour L'Essentiel pour répondre aux besoins des proches aidants de personnes vivant avec un trouble neurocognitif

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 pour céder une rencontre afin de l'informer des activités de jour L'Essentiel (critères d'admissibilité, points de service, horaires, activités, frais, etc).

En adhérant au centre de jour, une intervenante de la Société Alzheimer chaudière-Appalaches vous contactera afin de vous informer des services offerts aux proches aidants (rencontres, groupes de paroles, etc).

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

Signature du proche aidant
OU

Date

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

Date

Protection des renseignements personnels <https://www.alzheimerchap.qc.ca/pages/protection-des-renseignements-personnels>
Nous nous engageons à respecter la confidentialité des renseignements personnels que nous collectons sur ce formulaire (Loi 25)

Transmission du formulaire :

Courriel: centredejour@alzheimerchap.qc.ca

Télécopieur: 418 387-1360

Un service
offert par :



Avec l'aide
financière de :

