

FAITES PARTIE
D'UNE GRANDE
FAMILLE

FORMULAIRE
D'ADHÉSION

LA FONDATION
POUR ENFANTS DIABÉTIQUES



THE DIABETIC
CHILDREN'S FOUNDATION

Depuis 1974, la Fondation pour enfants diabétiques, organisme à but non lucratif, accompagne, conseille et informe les enfants et les adolescents et leur famille lors d'un diagnostic de diabète de type 1, puis tout au long des étapes de la vie de l'enfant. Si vous désirez devenir membre de notre grand réseau, sans frais ni obligation, veuillez compléter et retourner ce formulaire d'adhésion à la Fondation, aux coordonnées qui figurent au bas de cette page. Vous recevrez gracieusement les invitations à nos événements et activités sociales, les bulletins de nouvelles, notre revue, le formulaire d'inscription à Camp Carowanis, ainsi que toute autre information pertinente sur le diabète. Vous ferez partie d'une grande famille, qui regroupe des milliers de membres, dont plus de 1 600 familles de jeunes diabétiques.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Prénom : _____ Nom : _____
M. ou Mme : _____ Profession : _____ Compagnie : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Téléphone 2 : _____
Courriel : _____ Courriel 2 : _____
Je suis : Parent d'enfant diabétique Tuteur légal d'un enfant diabétique Ami Bénévole
 Ancien campeur Membre de la famille d'un enfant diabétique Autre
Précisions : _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTRE PARENT – À remplir si vous êtes le parent ou le tuteur d'un enfant diabétique.

Prénom : _____ Nom : _____
M. ou Mme : _____ Profession : _____ Compagnie : _____
Adresse (si différente de la première): _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone : _____ Téléphone 2 : _____
Courriel : _____ Courriel 2 : _____

3. RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT – À remplir si vous êtes le parent ou le tuteur d'un enfant diabétique.

Prénom : _____ Nom : _____
Sexe : F M Date de naissance (JJ-MM-AAAA): _____ Date du diagnostic : _____
Hôpital : _____ Médecin : _____
Langue(s) parlée(s) : Français Anglais Autre, spécifiez : _____
Lieu de résidence: Avec ses deux parents Garde partagée Avec son père Avec sa mère
 Je désire recevoir un appel d'un parent ayant aussi un enfant diabétique.

4. DÉCLARATION

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – La Fondation pour enfants diabétiques garantit que les renseignements personnels qu'elle recueille sont utilisés de manière à conserver leur caractère confidentiel et uniquement aux fins pour lesquelles elle les a recueillis. Ils sont accessibles seulement aux employés et aux membres du comité de parents ayant signé le document d'engagement *Protection des renseignements personnels*. Vous pouvez exercer en tout temps vos droits d'accès et de rectification des renseignements qui vous concernent, conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*.

Signé à _____ le _____.

Signature : _____

Veillez retourner ce formulaire à

La Fondation pour enfants diabétiques
306, rue St-Zotique Est, suite 100,
Montréal (Qc), H2S 1L6
Courriel : info@diabete-enfants.ca
Télécopieur : 514-731-2683



BE PART OF A
LARGE FAMILY

MEMBERSHIP
FORM

LA FONDATION
POUR ENFANTS DIABÉTIQUES



THE DIABETIC
CHILDREN'S FOUNDATION

Since 1974, the Diabetic Children's Foundation, a non-profit organization, supports, advises and informs children and teenagers and their families when a type 1 diabetes diagnostic occurred, and throughout the stages of the child's life. If you wish to become a member, free of charge and without obligation, please complete and return this registration form to the Diabetic Children's Foundation, using the contact information at the bottom of this page. You will receive invitations to our events and social activities, newsletters, our magazine, registration forms to Camp Carowanis, as well as any pertinent information about diabetes. You will be part of a large family, which includes thousands of members, including more than 1,600 families of young insulin-dependent diabetics.

1. GENERAL INFORMATION

First Name: _____ Last Name: _____
Mr. or Ms.: _____ Profession: _____ Company : _____
Address: _____
City: _____ Province: _____ Postal Code: _____
Phone: _____ Phone 2: _____
E-mail: _____ E-mail 2: _____
I am: Diabetic child's parent Diabetic child's legal guardian Friend Volunteer
 Former camper Diabetic child's family member Other, specify: _____

2. OTHER PARENT'S INFORMATION – Please fill out if you are the diabetic child's parent or legal guardian.

First Name: _____ Last Name: _____
Mr. or Ms.: _____ Profession: _____ Company : _____
Address (if different that the one above): _____
City: _____ Province: _____ Postal Code: _____
Phone: _____ Phone 2: _____
E-mail: _____ E-mail 2: _____

3. CHILD'S INFORMATION – Please fill out if you are the diabetic child's parent or legal guardian.

First Name: _____ Last Name: _____
Gender: F M Date of birth (YYYY-MM-DD): _____ Date of diabetes onset: _____
Hospital: _____ Doctor : _____
Spoken language(s): English French Other, specify: _____
Home: With both parents Shared parenting With father With mother Other, specify: _____
 I would like to receive a phone call from a parent who has also a diabetic child.

4. DECLARATION

CONFIDENTIALITY CLAUSE – The Diabetic Children's Foundation guarantees that all personal information will not be communicated without the consent of the person concerned. The information will be available only to designated people, employees and members of the Parent's Committee who signed the commitment document *Protection of personal information*. The person to whom the information relates may have access at all time to his or her file, according to the right to the protection of personal information as stipulated in the *Act respecting access to documents held by public bodies and the protection of personal information*.

Sign in _____ on _____.

Signature: _____

Please return this form at

The Diabetic Children's Foundation
306, St. Zotique Street East, suite 100,
Montreal (Qc), H2S 1L6
Email: info@diabetes-children.ca
Fax: 514-731-2683

