

## 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: \_\_\_\_\_

### COORDONNÉES DU RÉFÉRANT

Prénom: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement: \_\_\_\_\_

Foction: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Autorisation à la coordonnatrice des activités de jour L'Essentiel de contacter le proche aidant par téléphone pour cédule une rencontre que 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 référant ayant obtenu l'autorisation verbale du proche aidant

\_\_\_\_\_  
Date

### Transmission du formulaire :

Courriel: [centredejour@alzheimercha.qc.ca](mailto:centredejour@alzheimercha.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'AINES  
CHAUDIÈRE-APPALACHES