

Mon yoga - Formulaire d'inscription

Critères d'admissibilité

Pour être admissible, vous devez correspondre à l'un des deux critères ci-dessous:

- 1) Avoir reçu un diagnostic de cancer du sein il y a moins de 36 mois (3 ans);
ou
- 2) Être atteint d'un cancer du sein métastatique (stade 4).

***La Fondation rembourse un maximum de 2 ateliers de yoga par semaine qu'ils soient donnés dans différents studios et/ou en ligne.

Vos informations personnelles

Nom: Prénom:

Adresse:

Ville: Code postal: Tél. maison:

Cellulaire: Courriel:

Vos informations médicales

1. Date du plus récent diagnostic ou récurrence de cancer du sein:

2. Stade actuel du cancer du sein:

3. Date réelle ou prévue du premier traitement :

3.1. Quel est le premier traitement reçu ou à recevoir?

4. Recevez-vous de l'hormonothérapie ? Oui Non À venir

4.1. Si vous avez répondu positivement à la question précédente, S.V.P, mentionnez la date réelle ou prévue du premier traitement d'hormonothérapie :

5. Avez-vous terminé l'ensemble des traitements? Oui Non

5.1. Date réelle ou prévue de la fin des traitements :

5.2. Quel est le dernier traitement reçu ou à recevoir?

*****OBLIGATOIRE*****

Cette section doit être complétée et signée par **votre professionnel de la santé (oncologue, chirurgien, radio-oncologue, infirmière pivot, travailleuse sociale ou médecin de famille).**

Nom et prénom du professionnel: Titre:

Établissement:

Téléphone: Poste: Courriel:

Signature: Date:

En apposant ma signature, j'atteste que les informations fournies ci-dessus sont exactes.

Décharge de responsabilité et signature

Par la présente, je soussigné, confirme mon désir de participer aux ateliers de yoga financés par la Fondation cancer du sein du Québec (FCSQ).

Je comprends :

- Que j'ai la responsabilité de consulter mon médecin et de l'informer de ma participation à un programme d'activité physique;
- Qu'il y a des risques associés à l'activité physique et je prends par conséquent la responsabilité d'informer le personnel concerné de mon état physique et de tout malaise. Je prends la responsabilité de modifier, réduire ou de terminer ma participation (s'il y a lieu) sous le conseil du personnel responsable;
- Qu'il y a des risques de malaises, de douleurs, de faiblesses, de fatigue, de crampes aux mollets, de douleurs à la poitrine, de nausée, de variation de la tension artérielle et j'assume pleinement ces risques;

Je vais aviser le professeur de yoga de toutes douleurs, malaises, fatigue ou autres symptômes anormaux avant, pendant, et après le cours.

Je m'engage à :

- Ne pas filmer et/ou enregistrer les séances de yoga.
- Ne pas partager mes accès aux ateliers de yoga.

Je décharge de toute responsabilité, la FCSQ et ses représentants, et par le fait même, renonce à toutes actions, causes d'actions, demandes, recours, poursuites, réclamations ou dommages et/ou toutes responsabilités de toutes sortes qui pourraient survenir présentement ou dans le futur, ayant un lien direct ou indirect avec ma participation aux ateliers financés la FCSQ, et incluant des dommages, blessures ou accidents à ma personne.

J'atteste que les informations ci-dessus sont exactes et complètes. Je reconnais que ce document, son contenu et les informations jointes servent exclusivement à la création de mon dossier afin que la FCSQ puisse me venir en aide. Les données anonymisées vont servir à des fins de statistiques.

Je suis conscient que les demandes frauduleuses pourraient entraîner une poursuite judiciaire.

En guise de vérifications, j'autorise la FCSQ à discuter de mon dossier avec les membres de mon équipe médicale.

Je comprends que la Fondation cancer du sein du Québec se garde le droit de refuser toute demande pour un motif qu'elle juge raisonnable, comme par exemple le budget disponible ou d'autres faits relatifs à votre situation.

Signature: Date:

****Veuillez retourner ce formulaire dûment complété et signé ainsi qu'une copie d'une pièce d'identité avec photo au studio de yoga.****