

COORDONNÉES DU PARENT

Prénom: Nom:

Adresse du domicile: Appartement:

Ville: Code postal:

Téléphone domicile: Téléphone portable:

Téléphone bureau: Poste:

Courriel:

COORDONNÉES DE L'ENFANT

Nom complet de l'enfant avec une atrésie de l'œsophage:

Date de naissance:

jour / mois / année

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Date et lieu de l'opération:

Nom du chirurgien:

L'enfant est-il actuellement suivi par une clinique d'atrésie de l'œsophage? oui non

Si oui, laquelle?

Avez-vous d'autres enfants? oui non Combien?

Si oui, l'âge?

J'aimerais devenir bénévole pour l'AQAO: oui

Il vous est possible de remplir ce formulaire informatiquement. Par la suite, vous pouvez l'imprimer et nous le faire parvenir par la poste ou par courriel (en l'enregistrant sur votre ordinateur ou en le numérisant à l'aide d'un « scanner »).

COMMENTAIRES