

Programme D'équipement D'évaluation - Demande

No. d'assurance-maladie: _____ Date de la demande: _____
 No. de la carte médicale: _____ Date d'échéance: _____
 1.) Nom du (de la) candidat (e): _____ Date de naissance: _____
*Indiquer le nom de l'enfant si c'est le cas (AA/MM/JJ)

Adresse: _____
Rue

Ville/Village Code Postale Téléphone

Plus proche parent: _____ Lien de parenté: _____
 Diagnostic: _____ Handicap fonctionnel: _____

Est-ce que l'évaluation sera exécutée dans l'école? Oui Non
 Si oui, quel est le nom de l'école? _____

2.) Équipement de réadaptation pour évaluation seulement (comprenant les renseignements complets de commande – marque, numéro de catalogue, grandeur, etc.)

3.) Référé (e) Par: _____
Nom (Imprimer clairement s.v.p.) Signature Profession Date

Adresse au travail Téléphone

Rue Ville/Village Code Postale

Expédier à: Partie réfèrant Candidat
 Facturer à (\$36 par l'article): Partie réfèrant Candidat Autre

Fournir adresser si autre: _____
rue

ville Code Postale Téléphone

NOTE: À la fin de l'évaluation, l'utilisateur est responsable de couvrir les frais de retour de l'équipement au Timbres de Pâques Nouveau-Brunswick. Timbres de Pâques Nouveau-Brunswick s'engage à faire parvenir l'équipement à l'utilisateur. Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter Timbres de Pâques Nouveau-Brunswick par téléphone ou télécopieur aux numéros ci-après.

Le programme d'équipement d'évaluation de Timbres de Pâques Nouveau-Brunswick est rendu possible grâce à la générosité des nombreux fournisseurs d'équipement de réadaptation qui prêtent l'équipement au Timbres de Pâques Nouveau-Brunswick.