

Demande de bourse

Nom		Téléphone (____) _____ - _____	
Adresse		Adresse courriel	
Stage de votre maladie chronique des reins (veillez cocher) <input type="checkbox"/> Clinique Pré-Dialyse <input type="checkbox"/> Dialyse – Péritonéale <input type="checkbox"/> Dialyse – Hémodialyse à la maison <input type="checkbox"/> Dialyse – Hémodialyse à l’hôpital		Veuillez joindre à cette demande les formulaires suivants : <input checked="" type="checkbox"/> Reconnaissance du médecin <input checked="" type="checkbox"/> Divulcation des renseignements <input checked="" type="checkbox"/> Acceptation des risques et dégageant de responsabilité <input checked="" type="checkbox"/> Lettre de votre travailleur social <input checked="" type="checkbox"/> Estimé de l’activité par la compagnie.	
Que voulez-vous faire pour devenir actif? S.v.p. décrire votre plan. Ex : une classe d’entraînement, joindre un centre de conditionnement, combien de fois par semaine... <i>Ex: ligue de bowling, yoga, abonnement à un centre d’entraînement, tai chi, classes de danse, ligue de billard, classes de natation, activités dans un club senior, sessions avec un entraîneur personnel, etc.</i>			
<input type="checkbox"/> Session de marche/course Pour se préparer à la course Vivre ses Défis dimanche, 29 avril, 2018. 1km, 5km marche/course ou 10km marche/course www.vivresesdefis.ca		<input type="checkbox"/> Classe de groupe “Faut que ça bouge”! <input type="checkbox"/> mardi/jeudi 14h00 Mois pour commencer: _____	
Pour quelle période de temps? <input type="checkbox"/> ___ mois <input type="checkbox"/> 1 an (maximum)	Quelle est votre demande de fonds? _____ \$	S.v.p. cochez <input type="checkbox"/> première application <input type="checkbox"/> deuxième application <input type="checkbox"/> application # _____	
*numéro de contact pour votre activité (s.v.p. mettre en attachement une citation des frais): <i>Nom de la compagnie:</i> _____ <i>Nom de la personne contacte:</i> _____ <i>position:</i> _____ <i>Adresse:</i> _____ <i>Numéro de téléphone:</i> (____) _____ - _____			
Signature			Date
Envoyez à: Alive to Strive Kidney Fitness Project 304 – 140 Mann Avenue Ottawa, ON K1N 1E5		<i>Le projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project » s’engage à aider les gens atteints d’une maladie rénale chronique à maintenir un mode de vie sain.</i>	

Nom du (de la) patient(e)	Tel (____) _____ - _____
---------------------------	-----------------------------

Reconnaissance du médecin

Je, soussigné(e), suis néphrologue à l'Hôpital d'Ottawa.

Je vois _____ pour les soins et le traitement de la maladie rénale chronique. Le DFG (Gfr) du patient est _____ date _____.

- The patient is scheduled for a Living Donor transplant on _____.
Grants are provided if the transplant is scheduled at least three months from the application.

Le _____ (insérer la date), nous avons discuté de la demande du (de la) patient(e) pour une bourse du projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project ».

Nous avons discuté des risques et des bénéfices potentiels de la perte de poids et de l'activité physique en général et plus précisément du programme que ce(tte) patient(e) veut poursuivre. La requête de mon(ma) patient(e) dans sa demande est appropriée et raisonnable et je supporte sa participation dans ce programme d'activité s'il (elle) est sélectionné(e) pour cette bourse.

Nom du néphrologue	
Signature	Date

Le projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project » s'engage à aider les gens atteints d'une maladie rénale chronique à maintenir un mode de vie sain.

Nom du (de la) demandeur/demandeuse	Tel. (____) _____ - _____
-------------------------------------	------------------------------

Acceptation des risques et dégage­ment de responsabilité

En considération du projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project », un organisme ontarien sans but lucratif qui me fournit une bourse pour la perte de poids et l'activité physique, je, soussigné(e), reconnais que ma participation à des activités physiques comporte des risques connus et inconnus incluant, mais non limité au décès, blessure grave ou perte de propriété pour moi-même ou les autres. De tels préjudices pourraient résulter d'une conduite négligente ou non de la part du Conseil d'administration du projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project », de ses représentants, de ses bénévoles, de ses donateurs, de ses commanditaires ou de ses agents ou encore de glissades, de trébuchements, de chutes ou de tout autre accident ou blessure qui pourrait arriver avant, durant ou après ma participation au programme de bourse du projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project ».

Je consens à dégager de toute responsabilité, à tenir indemne et à n'intenter aucune action judiciaire contre

- ✓ les membres du Conseil d'administration du projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project », ses représentants, ses bénévoles, ses donateurs, ses agents et
- ✓ tous les commanditaires ou collaborateurs du projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project », leurs Conseils d'administration, leurs propriétaires, leurs employés, leurs représentants, leurs bénévoles et leurs agents.

Je consens à dégager les personnes susmentionnées au nom de mes héritiers, exécuteurs, administrateurs, successeurs, ayant-droits et en mon propre nom, de toute responsabilité en cas de pertes, dommages, réclamations ou demandes à la suite de décès, blessures ou dommages sur moi ou une autre personne même si leur négligence personnelle ou collective contribue à ces décès, blessures ou dommages.

Je certifie au projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project » que j'ai dix-huit (18) ans ou plus, ou le tuteur légal et que mon médecin ne m'a pas conseillé de m'abstenir de participer à des sports, à des activités de forme physique, à l'entraînement ou à toute autre activité physique. J'assume librement et volontairement l'entière responsabilité personnelle pour les risques de décès, blessures ou dommages qui pourraient m'arriver ou arriver à quelqu'un d'autre en raison de ces risques.

J'ai lu et compris cet accord d'acceptation des risques et dégage­ment de responsabilité. Ma participation au projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project » et l'exécution de cet accord sont volontaires et je les fais en dépit des risques potentiels connus et inconnus.

Signature du (de la) demandeur/demandeuse ou tuteur légal

Date

Tuteur légal/demandeur/demandeuse (si 18 ans ou plus):

Imprimer le prénom	Imprimer le dernier nom
Imprimer l'adresse postale	Imprimer le nom de la ville
Date de naissance: AAAA/MM/JJ _____/_____/_____	Téléphone (____) _____ - _____

Nom du (de la) demandeur/demandeuse	Tel (____) _____-_____
-------------------------------------	------------------------

Divulgence de renseignements

Je, soussigné(e), certifie par la présente au projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project » que j'ai dix-huit (18) ans ou plus, ou je suis le tuteur légal et que je consens irrévocablement et permets au projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project » ou à toute autre personne autorisée par le projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project » d'utiliser et de reproduire mon histoire écrite et tout autre matériel écrit concernant les événements ou les gens dans ma vie préparé par ou pour le projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project » et toute photographie que je pourrais fournir ou qui serait prise par ou pour le projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project » qui contient ma photo, image ou ressemblance pour toute fin légitime en relation avec le projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project » ainsi que les programmes et événements reliés. J'ai lu et compris cet accord de divulgation de renseignements.

Ma participation au projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project » et l'exécution de cet accord sont volontaires.

- J'aimerais avoir une courte biographie et une photo sur le site web du projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project » (avec ou sans photo)

Signature	Date
-----------	------

Le projet « Alive to Strive Kidney Fitness Project » s'engage à aider les gens atteints d'une maladie rénale chronique à maintenir un mode de vie sain.