

## Formulaire d'adhésion

Date d'enreg. : \_\_\_\_\_

# de membre : \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) \_\_\_\_\_ Téléphone (travail/cellulaire) \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Nom de médecin \_\_\_\_\_ Téléphone du médecin \_\_\_\_\_ Télécopieur du médecin \_\_\_\_\_

M.D. (Spécialiste : \_\_\_\_\_)

### Diagnostic médical et/ou symptômes :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Souffrez-vous des problèmes psychologiques?  Non  Oui : \_\_\_\_\_

Souffrez-vous des problèmes cardiaques ou respiratoires?  Non  Oui : \_\_\_\_\_

Souffrez-vous des allergies?  Non  Oui : \_\_\_\_\_

Consommez-vous des drogues (prescrites ou non-prescrites) ?  Non  Oui : \_\_\_\_\_

Contact en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Nom

Téléphone

Depuis combien de temps utilisez-vous du cannabis? : \_\_\_\_\_

Quelle quantité de cannabis consommez-vous par semaine? : \_\_\_\_\_

Comment est-ce que le cannabis affecte vos symptômes? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Je confirme que cette information est véridique.**

\_\_\_\_\_  
Signature du membre

\_\_\_\_\_  
Date