

Formulaire de participation au projet du CIMA-Q



Mme M

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Numéro(s) de téléphone:

1- _____

2- _____

Adresse courriel: _____

Cochez la meilleure réponse à la question suivante: Pensez-vous que votre mémoire est de moins en moins bonne ?

- non
- oui, mais cela ne m'inquiète pas
- oui et cela m'inquiète

=====

En signant ce formulaire, je consens à être contacté par un membre du CIMA-Q afin d'évaluer mon éligibilité comme participant à l'étude.

Signature

Date

*Veuillez retourner le formulaire complété à:
anne.morinville@criugm.qc.ca ou par la poste au:
Pour information supplémentaire:
(514) 340-3540, poste 3253

Centre de Recherche de l'Institut
Universitaire de Gériatrie de Montréal
A/S: Mme Anne Morinville
4565 chemin Queen-Mary, Montréal,
Québec, Canada H3W 1W5