

Formulaire d'adhésion

Prénom _____ Nom _____ Date de naissance _____ Sexe _____

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone (domicile) _____ Téléphone (travail/cellulaire) _____ Courriel _____

Nom du médecin _____ Téléphone du médecin _____ Télécopieur du médecin _____

Diagnostic médical et/ou symptômes : _____

Souffrez-vous de problèmes psychologiques ? Non Oui (Spécifiez): _____

Souffrez-vous d'allergies? Non Oui (Spécifiez): _____

Consommez-vous des drogues (prescrites ou non-prescrites)? Non Oui (Spécifiez): _____

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