

Veillez remplir le formulaire.

Personne avec handicap / limitation		
Nom		Prénom
		Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Poids		Taille
Adresse	App.	Ville
Courriel		Téléphone
Date de naissance		Cellulaire
<p>Êtes-vous âgé de 70 ans et plus?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Non <input type="checkbox"/></p>		
<p>Langue</p> <p>Français <input type="checkbox"/></p> <p>Anglais <input type="checkbox"/></p> <p>Autre _____</p>		
<p>De quel type d'handicap ou de limitation êtes-vous affecté?</p> <p>Non voyant <input type="checkbox"/></p> <p>Malentendant <input type="checkbox"/></p> <p>Muet <input type="checkbox"/></p> <p>Santé mentale (spécification pour limiter une situation de crise (difficulté à évacuer, sortir à l'extérieur, peur du bruit, du touché, difficulté d'interaction avec un sexe en particulier, etc...)) <input type="checkbox"/></p> <p>Maladie infectieuse <input type="checkbox"/> Si oui, type de transmission (Voie respiratoire, cutanée, oculaire, voie digestive)</p> <p>Maladie dégénérative <input type="checkbox"/></p> <p>Sclérose en plaques <input type="checkbox"/></p> <p>Besoin de présence d'oxygène, Quantité _____, emplacement _____? <input type="checkbox"/></p> <p>Trouble de l'autisme <input type="checkbox"/></p> <p>Alzheimer <input type="checkbox"/></p>		

Allergie(s) : _____

Prenez-vous des médicaments? _____

Autres : _____

Mobilité

Fauteuil roulant

Marchette

Canne/ béquilles

Triporteur

Membre(s) artificiel(s)

Se déplace avec aide sur une courte distance

Se déplace avec aide sur une longue distance

Avez-vous besoin de soutien à la mobilité en cas d'évacuation?

Oui

Non

La résidence est-elle accessible et adaptée pour les fauteuils roulants?

Oui

Non

Est-ce qu'il y a un ascenseur?

Oui

Non

Êtes-vous la personne vulnérable ou son tiers responsable?

Si vous êtes le tiers responsable, veuillez remplir les cases d'identification ci-dessous.

Tiers responsable

Nom

Prénom

Adresse

App.

Ville

Téléphone

Cellulaire

Courriel