



Registre pour les personnes vulnérables

Veillez remplir le formulaire.

1. enregistrez d'abord le formulaire vierge sur votre ordinateur;
2. remplissez les champs requis et sauvegardez;
3. retournez-le par courriel, en pièce jointe à communications@mirabel.ca.

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	
Êtes-vous âgé de 70 ans et plus? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Avez-vous voyagé à l'extérieur du pays récemment? Oui <input type="checkbox"/> De quelle à quelle date? _____ Non <input type="checkbox"/>	
Langue Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre _____		

De quel type d'handicap ou de limitation êtes-vous affecté?

Non voyant Malentendant Muet

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...))

Maladie infectieuse Si oui, type de transmission (Voie respiratoire, cutanée, oculaire, voie digestive)

Maladie dégénérative Sclérose en plaques

Besoin de présence d'oxygène, Quantité _____, emplacement _____?

Trouble de l'autisme Alzheimer

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