

MERCI DE REMPLIR EN LETTRES MOULÉES.

1. Mise à jour de l'information personnelle

Nom		Prénom		
N° civique	Rue	N° d'appartement	Ville/secteur	Code postal
Nom de l'établissement où la personne réside (s'il y a lieu)		N° de chambre	N° d'assurance maladie	
N° de téléphone	Résidence	Bureau	Cellulaire	
Adresse courriel				

2. Votre condition médicale a-t-elle évolué récemment de sorte que cela affecte votre capacité à voyager avec le transport adapté?

3. Quelle aide utilisez-vous régulièrement pour faciliter vos déplacements à l'extérieur ?

4. Veuillez préciser les dimensions de votre fauteuil roulant (motorisé et manuel), triporteur ou quadriporteur :

1. Hauteur maximale du sol à l'élément le plus haut (fauteuil ou tête) : _____

2. Longueur maximale de l'extrême arrière du fauteuil à l'extrême avant, incluant les pieds : _____

3. Largeur maximale du fauteuil : _____

5. Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom		Prénom	
N° de téléphone	Résidence	Bureau	N° de poste
Cellulaire	Adresse courriel		
Lien avec le requérant		Nom de l'établissement (s'il y a lieu)	

Désirez-vous ajouter les coordonnées d'une personne supplémentaire que nous pourrions contacter en cas d'urgence?

Nom		Prénom	
N° de téléphone	Résidence	Bureau	N° de poste
Cellulaire	Adresse courriel		
Lien avec le requérant		Nom de l'établissement (s'il y a lieu)	