

## IDENTIFICATION DE L'USAGER / USAGÈRE

Madame

Monsieur

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

N° téléphone

Résidence : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX DÉPLACEMENTS

Transport adapté **spécifiez votre numéro de dossier** : \_\_\_\_\_

Transport collectif **spécifiez le service demandé** :

Transport scolaire

Comité de bénévoles **spécifiez la municipalité** : \_\_\_\_\_

**Veillez compléter l'annexe 1 Transport bénévole et accompagnement seulement**

Quelle est la fréquence de vos besoins en transport :

Tous les jours (jours de semaine)

Quelques jours par semaine

Quelques jours par mois

Selon mes rendez-vous médicaux

Au besoin, uniquement

Avez-vous besoin d'accompagnement?

Oui

Non

Où ont lieu vos rendez-vous médicaux (à l'extérieur): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Réservé à l'administration

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Date de réception : \_\_\_\_\_

**PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

Madame

Monsieur

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Lien avec le requérant : \_\_\_\_\_

N° téléphone Résidence : \_\_\_\_\_

Bureau : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION ET SIGNATURE**

**Je déclare que les renseignements fournis sont exacts.**

**Je consens que toute fausse déclaration peut entraîner le refus de mon inscription ou la révocation de celle-ci.**

**Je consens à utiliser le service de transport dans le respect de ses modalités et ses règlements.**

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Veillez retourner le formulaire dûment complété et signé à l'adresse suivante :

**Transport adapté et collectif Haute-Côte-Nord  
26, rue de la Rivière, bureau 101  
Les Escoumins (Québec) G0T 1K0**

**BILAN PERSONNEL**

Administrez-vous seul (e) vos biens?

Oui

Non

Si non, quelle est la personne qui voit à la gestion de vos biens : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**BILAN DE SANTÉ**

En fonction du service de transport bénévole et accompagnement demandé, avez-vous des problèmes de santé particuliers qui mériteraient d'être portés à notre attention :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous des problèmes de mobilité?

Oui

Non

Si oui, à quel niveau se situe votre difficulté à la mobilité?

Marcher

Monter des escaliers

Autres *Veillez spécifier* : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous besoin d'une aide à la mobilité?

Oui

Canne

Déambulateur

Marchette

Non

Avez-vous des difficultés de communication?

Oui

déficience visuelle

déficience auditive

difficulté d'élocution

Non

Avez-vous des difficultés au niveau des fonctions cognitives?

Oui

mémoire (court terme)

mémoire (long terme)

orientation

autres : \_\_\_\_\_

Non

\_\_\_\_\_