Registre pour les personnes vulnérables

Veuillez remplir le formulaire.

Personne avec handicap / limitation		
Nom	Prénom	Sexe F ☐ M ☐
Poids	Taille	
Adresse	App.	Ville
Courriel	Téléphone	
Date de naissance	Cellulaire	
Êtes-vous âgé de 70 ans et plus? Oui ☐ Non ☐	Avez-vous voyagé à l'extérieur du pays récemment? Oui ☐ De quelle à quelle date? _____ Non ☐	
Langue Français ☐ Anglais ☐ 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		