



**INSCRIPTION - PERSONNE NÉCESSITANT UN SOUTIEN PARTICULIER  
EN SITUATION D'URGENCE**

Saint-Constant

**C O N F I D E N T I E L**

**Informations relatives au responsable de la personne handicapée.**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

**TÉLÉPHONE :**

Résidence :

Cellulaire :

Bureau :

Courriel :

Nom et prénom en lettre moulées

Signature

Date

**Renseignement sur la personne handicapée**

Nom :	Prénom :
Adresse complète :	Téléphone :
Date de naissance :	Lien de parenté avec la personne responsable :

**Description du handicap;**

<input type="checkbox"/> intellectuel	<input type="checkbox"/> marche / canne	<input type="checkbox"/> prothèse	<input type="checkbox"/> langage
<input type="checkbox"/> auditif	<input type="checkbox"/> fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> dosette	<input type="checkbox"/> visuel
<input type="checkbox"/> comportement (santé mentale)	<input type="checkbox"/> marchette	<input type="checkbox"/> sys. d'oxygénation	<input type="checkbox"/> orthèse

**Médicaments :**

Véhicule spécialisé  oui  non Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Détails sur le handicap :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autorisation à transmettre les informations au CLSC au besoin

oui

non

**(Veuillez noter qu'il est important de transmettre toutes les informations nécessaires au CLSC dû à leur importante implication au dossier des mesures d'urgence et afin de coordonner avec eux le soutien appropriée à apporter au sinistré)**

**Signature de la personne handicapée (si apte à le faire)**

J'ai signé ce \_\_\_\_\_

Signature