

TRANSPORT ADAPTÉ - VISITEUR

Formulaire d'identification

En lettres moulées obligatoirement

Partie 1 - Identification de la personne

Nom de la personne :

Prénom :

N° de dossier :

Genre :

Date de naissance (année/mois/jour) :

Adresse de résidence :

No, rue

Ville (Province)

Code postal

N° de téléphone résidentiel :

N° de téléphone à joindre pour les confirmations d'heures :

Partie 2 - Personne à contacter en cas d'urgence

Nom et prénom de la personne à contacter en cas d'urgence :

Lien avec le requérant :

N° de téléphone résidentiel :

N° de téléphone au bureau :

Partie 3 - Informations complémentaires

Nom du service où le requérant est admis :

N° de téléphone du service de transport adapté :

Type d'admission :

Type d'accompagnement :

Équipement d'aide à la mobilité (marchette, canne, fauteuil) :

Diagnostic au dossier :

Type de déficience :

Psychisme

Intellectuelle

Motrice ou organique

Visuelle

Autres :

Nom et prénom de la personne ayant rempli ce formulaire :

Fonction :

Tout formulaire incomplet ou illisible n'est pas traité et est retourné au service de transport adapté

Les informations contenues dans le présent formulaire sont à l'usage exclusif de l'administration du service de transport adapté et strictement confidentielles. Elles sont traitées en conformité avec la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c. A-2.1)