

RENSEIGNEMENT PERSONNEL					
Nom		Prénom			
Adresse				N° appartement	
Ville	Rimouski	Province	QC	Code postal	
Téléphone		Adresse électronique			
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)					
Réseau social ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui, lequel?		
Moyen de transport ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui, lequel?		
PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE					
Nom			Prénom		
Lien de parenté			Téléphone		
RÉFÉRENCE MÉDICALE (COORDONNÉES DU RÉFÉRENT)					
Nom			Prénom		
Adresse			Téléphone		
Fonction (Md,TS,etc)					
Êtes-vous la personne en charge du dossier?			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Si non, inscrivez ses coordonnées	Nom			Prénom	
Adresse			Téléphone		
INFORMATIONS MÉDICALES					
État de santé					
Avez-vous besoin de l'aide d'un accessoire pour vos déplacements? Si oui, mentionnez le ou les accessoires utilisés.	Canne <input type="checkbox"/>	Marchette <input type="checkbox"/>	Déambulateur <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant <input type="checkbox"/>	
	Béquilles <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>			
Indiquer toute information pertinente qui pourrait aider notre bénévole.					
AUTORISATION DE VÉRIFICATION AUPRÈS DE LA SOCIÉTÉ DE TRANSPORT DE RIMOUSKI					
Est-ce que vous bénéficiez présentement du service de transport adapté?			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Par la présente j'autorise le Centre d'action bénévole de Rimouski-Neigette à faire la vérification auprès de la Société des transports de Rimouski pour savoir si je suis un usager du service.					
Signature			Date (aaaa/mm/jj)		
SIGNATURE					
Je certifie que tous les renseignements et informations inscrites sur ce formulaire sont exactes.					
Signature du référant				Date (aaaa/mm/jj)	
Signature de la personne référée				Date (aaaa/mm/jj)	