



Demande d'admission au transport adapté

Renseignements généraux

Nom : _____

Adresse : _____

Nom de l'établissement où la personne réside

(s'il y a lieu) : _____

Numéro de chambre : _____

Téléphone résidentiel : _____

Cellulaire : _____

Adresse courriel : _____

Date de naissance : ____/____/____

Numéro d'assurance maladie : _____

Langue parlée : Français ____ Anglais ____

Autre mode de communication : _____

Information additionnelle

Avez-vous besoin d'aide d'une personne (ex : repositionnement) à bord du véhicule durant votre déplacement ?

Non ____ Oui ____

Si oui, de quelle aide s'agit-il? _____

Devrez-vous utiliser une ou des aides à la mobilité durant vos déplacements en transport adapté ?

Non ___ Oui ___

Précisez l'aide ou les aides dont il s'agit.

Marchette ___ Fauteuil roulant ___ Ambulateur ___

Canne ___ Béquilles ___ Autre : _____

Chien-guide ou d'assistance _____

(Certifié par une école reconnue)

Est-ce qu'un accompagnateur es requis durant vos déplacements ?

(frais applicable)

Non ___ Oui ___

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Avez-vous besoin d'une bonbonne d'oxygène durant vos déplacements en transport adapté?

Non ___ Oui ___

Personne avec qui communiquer en cas d'urgence :

Nom : _____

Téléphone résidence : _____

Cellulaire : _____

Lien avec le demandeur : _____

Signature du demandeur

Signature de la personne autorisée