



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