

Registre pour les personnes vulnérables

Veillez remplir le formulaire et le retourner à l'adresse mentionnée plus bas, dans une enveloppe scellée et avec la mention « PERSONNEL » à l'attention du/de la coordonnateur/trice des mesures d'urgence.

Personne avec handicap / limitation		
Nom	Prénom	Sexe F M
Poids	Taille	
Adresse	App.	Ville
Courriel	Téléphone	
Date de naissance	Cellulaire	
Êtes-vous âgé de 70 ans et plus? Oui Non	Avez-vous voyagé à l'extérieur du pays récemment? Oui De quelle à quelle date? _____ Non	
Langue Français Anglais Autre _____		
De quel type d'handicap ou de limitation êtes-vous affecté? Non voyant Malentendant Muet Santé mentale (spécification pour limiter une situation de crise (difficulté à évacuer, sortir à l'extérieur, peur du bruit, du touché, difficulté d'interaction avec un sexe en particulier, etc...)) <input type="checkbox"/> Maladie infectieuse Si oui, type de transmission (Voie respiratoire, cutanée, oculaire, voie digestive) Maladie dégénérative Sclérose en plaques Besoin de présence d'oxygène Quantité emplacement? Trouble de l'autisme Alzheimer		

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

Ville de Saint-Quentin
10, rue Deschênes
Saint-Quentin (NB)
E8A 1M1