

**SERVICE DU TRANSPORT ADAPTÉ  
MISE À JOUR DE DOSSIER****1. Mise à jour de l'information personnelle**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de client(e) : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

J'accepte de recevoir renseignements ou des offres de la part de mon organisme de transport adapté

Oui

Non

**Téléphone :**

Domicile : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_

**2. Peut être laissé(e) seul(e) (trouble cognitif, déficience intellectuelle, Alzheimer)****La personne peut-elle être laissée seule? Oui  Non** 

Une personne qui n'est pas autonome ne peut rester seule sans surveillance. Le chauffeur doit s'assurer qu'un responsable prenne en charge la personne avant de quitter les lieux.

**3. Condition médicale****Est-ce qu'il y a des changements concernant la condition médicale, affectant la capacité à voyager avec le transport adapté?**


---



---



---



---



---

**4. Aide(s) à la mobilité****Quelle(s) aide(s) à la mobilité sont utilisée(s) régulièrement pour faciliter les déplacements extérieurs?**


---



---



---



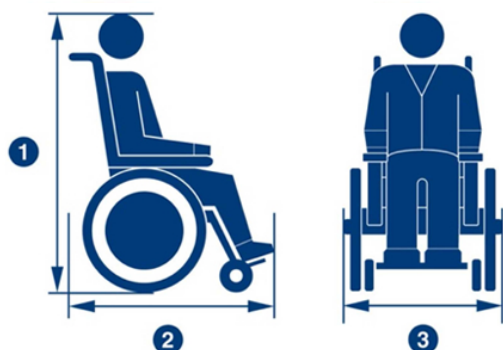
---



---

...2

### 5. Dimensions du fauteuil manuel, motorisé, triporteur ou quadriporteur



1. Hauteur maximale : \_\_\_\_\_  
(du sol à l'élément le plus haut)
2. Longueur hors tout : \_\_\_\_\_
3. Largeur hors tout : \_\_\_\_\_  
(largeur maximale du fauteuil)

### 6. Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom :

Téléphone résidence :

cellulaire :

Nom :

Téléphone résidence :

cellulaire :

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ atteste que les renseignements fournis sont exacts.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_