CTCAM
TRANSPORTS COLLECTIFS ET ADAPTÉS
MRC de Maskinongé

Renseignements sur le client

☐ M. ☐ Mme. Prénom : _____ Nom : _____

Date denaissance : _____ (Jour Mois Année)

_____ Numéro de téléphone

Service de transport adapté d'origine

Nom du service de transport adapté d'origine : _____

Numéro d'usager : _____

Type d'aide à la mobilité utilisée lors du déplacement dans la MRC de Maskinongé

☐ Ambulant (sans aide à la mobilité)
☐ Canne
☐ Canne longue de détection blanche
☐ Chien guide ou d'assistance
☐ Fauteuil roulant manuel
☐ Fauteuil motorisé
☐ Triporteur
☐ Quadriporteur
☐ Marchette
☐ Déambulateur (marchette avec banc)
☐ Autre (précisez) : _____

Personne à contacter en cas d'urgence

☐ M. ☐ Mme. Prénom : _____ Nom : _____

Lien avec le client : _____

_____ Numéro de téléphone

Autorisation

Adresse de prise en charge : _____

Date de prise en charge : _____ (Jour Mois Année) Heure de prise en charge : _____

Date de visite : du _____ (Jour Mois Année) au _____ (Jour Mois Année)

Retournez ce formulaire rempli à l'adresse courriel : adapte@ctcmaskinonge.org