

FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ AU COLLECTIF

DOSSIER : _____

Date de la demande : _____

Carte Ass. Maladie : _____

Date de réactivation : _____

NOM : _____ DDN : _____

ADRESSE : _____ # Tél. : _____

_____ # Cell. : _____

MOTIF DU TRANSPORT

Soins de santé

Études

Travail

Sociales (épiceries, magasinage
Sortie de plaisirs)

Autres : _____

ÂGE

Moins de 18 ans

19-40 ans

41-64 ans

65- et plus

SITUATION PROFESSIONNELLE

Travailleur

Retraité

Prestataire AE

Prestataire MESS

SAAQ

CNESST

Autres : _____

Reçu par : _____

Questionnaires

1. Avez-vous une limitation qui nécessite une assistance pour vos déplacements ?

Non

Oui \Rightarrow Spécifier l'incapacité : _____

2. Avez-vous besoin assistance rendu à destination? _____

3. Devez-vous utiliser :

	OUI	NON	
Marchette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
Canne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fauteuil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____

Autre : _____

Commentaire : _____

OUVERTURE DU COMPTE FAIT PAR: _____ Date : _____

Signature du client

Direction générale

Date