

NOM DE FAMILLE	PRÉNOM
Si mariée, nom de fille	

ADRESSE PERMANENTE	
Domicile : 	
Ville :	Code postal

AUTRE ADRESSE S'IL Y A LIEU	
Ville :	Code postal

NUMÉROS DE TÉLÉPHONE	
Domicile () -	Travail ou autre () -
Courriel : _____	

SEXE :	<input type="checkbox"/> FÉMININ	<input type="checkbox"/> MASCULIN
DATE DE NAISSANCE : Année		
	Mois	Jour

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :																			
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AIDE (COCHER SI NÉCESSAIRE)	
<input type="checkbox"/> Accompagnateur	<input type="checkbox"/> Aide technique, spécifier _____
Autre (spécifier) : _____	

OCCUPATION (COCHER SI NÉCESSAIRE)			
<input type="checkbox"/> Étudiant	<input type="checkbox"/> Au travail	<input type="checkbox"/> Travail partagé	<input type="checkbox"/> Chômage
<input type="checkbox"/> Aide sociale	<input type="checkbox"/> À la maison	<input type="checkbox"/> Autre _____	

TYPE DE RÉSIDENCE (COCHER)	<input type="checkbox"/> Propriétaire		
<input type="checkbox"/> Logement	<input type="checkbox"/> Parents	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<input type="checkbox"/> Foyer de groupe
<input type="checkbox"/> Milieu hospitalier	<input type="checkbox"/> HLM	<input type="checkbox"/> Centre de réadaptation	<input type="checkbox"/> Coopérative d'habitation

TYPE DE MOBILITÉ (COCHER)		
<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant électrique
<input type="checkbox"/> Prothèse ou appareils	<input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____	

ÉTAT CIVIL (COCHER)				
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Veuf (ve)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
<input type="checkbox"/> Conjoint (e) de fait				

TYPE DE COMMUNICATION (COCHER)			
<input type="checkbox"/> Orale	<input type="checkbox"/> Non orale	<input type="checkbox"/> S'exprime avec difficulté	<input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____

TYPE DE MEMBRE		
<input type="checkbox"/> Ami/Parent	<input type="checkbox"/> Association ou organisme	<input type="checkbox"/> Entreprise, gens d'affaires, etc.
<input type="checkbox"/> Personne handicapée (spécifier la déficience) : _____		

