

FORMULAIRE – PERSONNE À MOBILITÉ RÉDUITE

(Ne pouvant évacuer leur résidence par leurs propres moyens, en cas d'urgence)

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ **Date de naissance :** _____

Homme:

Poids : _____

Femme:

Taille : _____

Veillez cocher les éléments ci-dessous vous concernant :

	Case à cocher <input type="checkbox"/>	précisions
▪ En perte d'autonomie	<input type="checkbox"/>	_____
▪ À mobilité réduite	<input type="checkbox"/>	_____
▪ Avec un problème auditif, visuel, moteur	<input type="checkbox"/>	_____
▪ Ayant une déficience intellectuelle	<input type="checkbox"/>	_____
▪ Ayant un problème cognitif (Alzheimer)	<input type="checkbox"/>	_____
▪ Ayant une maladie pulmonaire chronique	<input type="checkbox"/>	_____

Oxygène : **Oui** **Non**

Bonbonne : **Oui** **Non**

▪ Ayant un problème de santé mentale _____

Personne à contacter (en cas d'urgence) : _____ **Téléphone :** _____

Lien avec la personne : _____

Signature

Date