

DEMANDE DE SERVICES

À L'USAGE DU CRE : ▶ N° dossier : _____
 Correction à apporter

POUR FACILITER L'ÉTUDE DE LA DEMANDE, JOINDRE S.V.P. LES DOCUMENTS REQUIS

▶ Obligatoire si disponible ● Complémentaire

▶ **NOM :** _____

▶ **PRÉNOM :** _____

▶ **DATE DE NAISSANCE :** _____ / _____ / _____
année mois jour

▶ **SEXE :** M F

▶ **N° ASSURANCE-MALADIE :** _____

▶ **Date d'expiration :** _____

▶ **ADRESSE :** _____
Numéro Rue App.

_____ Municipalité Code postal

▶ **TÉLÉPHONE :** Domicile : (____) _____ **ATS**
 Cellulaire : (____) _____

Travail : Père : (____) _____
 Mère : (____) _____

Cellulaire : Père : (____) _____
 Mère : (____) _____

COURRIEL : _____

TÉLÉCOPIEUR : Domicile : (____) _____

▶ **LANGUE(S) PARLÉE(S) :** F A Autre : _____

● **RÉGIME DE PROTECTION** (curateur, tuteur, conseiller) :
 Nom : _____
 Téléphone : (____) _____ poste _____

▶ **LIEU DE RÉSIDENCE :**

1- Milieu naturel (avec parents, conjoint, enfants, milieu de vie autonome)

2- Famille d'accueil (nom : _____)

3- URFI : _____

4- CHSLD : _____

5- RI maison d'accueil : _____

6- Autres (chambre et pension, communauté religieuse)

● **AUTONOMIE :**

1- Ambulant

2- Ambulant avec appareil d'appui

3- Ambulant avec aide d'une personne

4- Fauteuil roulant sans aide

5- Fauteuil roulant avec aide

6- Alité

● **MODE DE COMMUNICATION UTILISÉ :**

1- Orale et imprimé standards

2- Orale et imprimé gros caractères

3- Relais Bell et langage gestuel

4- Autre personne comme intermédiaire

▶ **PERSONNE(S) SIGNIFICATIVE(S) À CONTACTER**

rendez-vous : _____ OU urgence : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : _____

▪ Domicile : (____) _____ (____) _____

▪ Travail : (____) _____ (____) _____

▪ Cell. : (____) _____ (____) _____

Si pertinent :

▶ **SAAQ** **CSST** **IVAC**

▶ **N° d'indemnisation :** _____

▶ **Demande d'indemnités complétée :** Oui Non

▶ **Date de l'accident :** _____ / _____ / _____
année mois jour

▶ **Permis de conduire :** _____

▶ **STATUT :**

CPE : _____

Étudiant : École fréquentée : _____
 Commission scolaire : _____
 primaire secondaire collégial universitaire

Travailleur : Titre d'emploi : _____
 Employeur : _____

Sans emploi **Retraité**

▶ **PARENTS :**

Nom / prénom du père : _____

Nom / prénom de la mère : _____

Informations obligatoires à compléter si la demande concerne un enfant :

• Qui fait la demande : Père Mère

• Parent avec qui on doit prendre contact : Père Mère

Adresse : Parents Père Mère

_____ Numéro Rue App.

_____ Municipalité Code postal

Adresse si différente : Père Mère

_____ Numéro Rue App.

_____ Municipalité Code postal

● **Garde légale :**

mère seulement père seulement

garde partagée autre

