

ADRESSE DE LA PERSONNE

Seule Institution

Avec sa famille Autre

N° civil et nom de rue N° d'appartement

Ville Province Code postal

N° de tél. de la résidence N° de tél. au travail
 ()
 ()

DESCRIPTION DE LA PERSONNE

TAILLE

PIEDS POUCE(s) ou CM

POIDS

LB ou KG

COULEUR DE LA PEAU

B = Blanche
 A = Autre

Cheveux

AUB = Auburn
 CHA = Chauve
 NOI = Noir
 BLO = Blond
 BRN = Brun
 GRI = Gris
 ROX = Roux
 BLA = Blanc

Type de cheveux

A = Frisés
 B = Ondulés
 C = Courts
 D = Longs
 E = Teints
 F = En queue de cheval
 G = En brosse
 H = Perruque, postiche
 I = Autre
 J = Aux épaules
 K = Raides

Couleur des yeux

| Gauche | Droit |
|--|-------|
| BLU = Bleu BRN = Brun VER = Vert NOS = Noisette NOI = Noir MAR = Marron GRI = Gris PER = Pers | |

Teint

A = Foncé
 B = Pâle/Clair
 C = Jaunâtre
 D = Rougeâtre
 E = Taches de rousseur
 F = Grains de beauté
 G = Boutons/Visage grêlé
 H = Autre

Langue(s) parlée(s) Préférée(s)

| | |
|--|--|
| | |
| | |

Aide à la marche

(Si oui, décrire)

Appareil(s) auditif(s)

Gauche Droit

Prothèses visuelles

Lunettes V. de contact

Dentier(s)

Supérieur Inférieur

ANTÉCÉDENTS D'ERRANCE

Aucun Répétés (1 à 4 fois) Habituels (plus de 4 fois)

Endroits possibles : Endroits où la personne peut s'être égarée, tel un emploi précédent, une adresse précédente, un magasin favori, le mail des environs, le bureau de poste, etc. **(Veuillez préciser)**

1.

2.

3.

PROBLÈMES DE SANTÉ (allergies, conditions médicales)

INTERVENANTS/SOIGNANTS

(Tous les renseignements seront expédiés au Premier Contact)

Veuillez vous assurer que toutes les personnes à joindre savent que la personne est inscrite au registre.

PREMIER CONTACT

| | | | |
|------------------------|----------------------|----------------|---|
| Nom | | Lien | |
| Adresse | | Ville/Province | Code postal |
| N° de tél. (Résidence) | N° de tél. (Travail) | N° de Cell: | Langue préférée <input type="checkbox"/> Angl. <input type="checkbox"/> Français |

DEUXIÈME CONTACT

| | | | |
|------------------------|----------------------|----------------|---|
| Nom | | Lien | |
| Adresse | | Ville/Province | Code postal |
| N° de tél. (Résidence) | N° de tél. (Travail) | N° de Cell: | Langue préférée <input type="checkbox"/> Angl. <input type="checkbox"/> Français |

TROISIÈME CONTACT

| | | | |
|------------------------|----------------------|----------------|---|
| Nom | | Lien | |
| Adresse | | Ville/Province | Code postal |
| N° de tél. (Résidence) | N° de tél. (Travail) | N° de Cell: | Langue préférée <input type="checkbox"/> Angl. <input type="checkbox"/> Français |

ATTESTATION (Le formulaire doit être signé)

Je reconnais que ces renseignements sont fournis volontairement. Ceux-ci seront gardés confidentiels en tout temps et seront fournis au personnel des services de santé et aux organismes d'application de la loi si la personne est portée égarée ou manquante.

Reconnu par :
(en caractères d'imprimerie)

Signature :

Lien :

Date :
(Année-mois-jour)