



RÉGIE INTERMUNICIPALE
DE POLICE ROUSSILLON

REGISTRE POUR LES PERSONNES AYANT UNE MALADIE COGNITIVE

Fiche descriptive – outil profil

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À INSCRIRE AU PROGRAMME					
NOM, PRÉNOM			DATE DE NAISSANCE		
ADRESSE					
TÉLÉPHONE		NOM DE LA RÉSIDENCE (S'IL Y A LIEU)			
GRANDEUR	POIDS	CHEVEUX	YEUX	LANGUE	
<input type="checkbox"/> pi <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lbs <input type="checkbox"/> kg				
CARACTÉRISTIQUES PHYSIQUES PARTICULIÈRES (BARBE, LUNETTE, TATOUAGE, HANDICAP, ETC)					
INSÉRER UNE PHOTO					
Année de la photo :					

AUTRES INFORMATIONS UTILES (PROGRAMME PAIR, MÉDECIN, SYSTÈME D'ALERTE MÉDICALE, ETC)					
ANCIENNES ADRESSES			ANCIENS EMPLOIS		
1.			1.		
2.			2.		
ENDROITS FRÉQUENTÉS					
1.			3.		
2.			4.		
VÉHICULE					
MARQUE	MODÈLE	ANNÉE	COULEUR	PLAQUE	PARTICULARITÉ

CAPACITÉS COGNITIVES ET PHYSIQUES				
	NORMALE	DÉFICIENTE	ABSENTE	SPÉCIFICATIONS
LANGAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ORIENTATION SPATIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MOBILITÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MÉMOIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OÛIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SPÉCIFICATIONS DE LA MALADIE COGNITIVE :

AUTRES MALADIES CONNUES :

PERSONNES RESSOURCES À CONTACTER				
NOM	PRÉNOM	LIEN	ADRESSE	TÉLÉPHONE
1.				
2.				
3.				

À L'USAGE EXCLUSIF DE LA RÉGIE INTERMUNICIPALE DE POLICE ROUSSILLON	
Demandeur pour l'inscription :	_____
Reçu par :	_____ En date du : _____
Complété le :	_____ Alimenté dans la base de données par :