



1. Critères d'admission

- A. Être une personne handicapée, c'est-à-dire « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ».
- B. Avoir, sur le plan de la mobilité, des limitations justifiant l'utilisation d'un service de transport adapté.

Par conséquent, toute limitation temporaire (exemple : jambe fracturée) ne peut faire l'objet d'une demande d'admission.

Vous pouvez consulter la *Politique d'admissibilité au transport adapté* sur le site Internet du ministère des Transports au <https://www.quebec.ca/transports/transport-adapte/admissibilite-transport-adapte>

2. Marche à suivre

- A. **Partie 1 :** à remplir par le demandeur
- B. **Partie 2 :** à remplir par un professionnel du réseau de la santé ou du réseau scolaire qui a accès au diagnostic du demandeur.

Exemple : un cardiologue, un pneumologue ou un neurologue;
un ergothérapeute, un physiothérapeute ou un physiatre;
un thérapeute en réadaptation physique;
un optométriste ou un ophtalmologiste;
un spécialiste en réadaptation en déficience visuelle;
un psychologue, un psychoéducateur ou un psychiatre;
un technicien en éducation spécialisée;
un travailleur social;
un omnipraticien (médecin généraliste);
un infirmier.

- C. **Une fois rempli, acheminez le formulaire avec une photo récente à l'adresse suivante :**

Par la poste :
Accès Transport Beauce-Centre
111 107e rue, Beauceville (Québec) G5X 2P9

Par courriel :
transport@mrcbeaucecentre.ca

- D. **Pour toutes questions, veuillez contacter le service à la clientèle du Transport Adapté : Accès Beauce-Centre au 418-774-9828 Poste #0.**

SEUL LE PRÉSENT FORMULAIRE EST CONSIDÉRÉ COMME VALIDE POUR UNE
DEMANDE D'ADMISSION AU TRANSPORT ADAPTÉ.



Réservé à l'officier d'admission

Numéro de dossier

Date de réception de la demande Année Mois Jour

Partie 1 - Renseignements généraux

À remplir par le demandeur, par toute autre personne désignée par celui-ci ou par son représentant légal si le demandeur ne peut agir. **Tout formulaire incomplet ou illisible sera retourné au demandeur, ce qui retardera le traitement de la demande.** La confidentialité de l'information transmise sera respectée en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. Cette information sera à l'usage exclusif du comité d'admission.

SECTION 1

Renseignements sur le demandeur

EN LETTRES MOULÉES (OBLIGATOIRE)

Nom de famille										Prénom												
Nom de famille à la naissance (si différent)																						
Adresse de résidence					Numéro					Rue					Numéro d'appartement							
Municipalité															Code postal							
Nom de l'établissement où la personne réside (s'il y a lieu)															Numéro de chambre							
Téléphone Résidence					Ind. rég.		Numéro			Bureau					Ind. rég.		Numéro			Poste		
Cellulaire					Ind. rég.		Numéro			Télécopieur					Ind. rég.		Numéro					
Adresse courriel																						
Date de naissance				Année		Mois		Jour		Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin					Poids				Taille			
Langue parlée					☐ Français ☐ Anglais					Autres modes de communication												
					☐ Autre. Précisez : _____					Précisez : _____												

SECTION 2

Questions relatives à l'admission au transport adapté et au type d'accompagnement.

1	Qu'est-ce qui vous amène à présenter une demande d'admission ?

2 Existe-t-il un service de transport en commun régulier dans votre municipalité ?

- ☐ Non ☐ Oui ► Si **oui**, êtes-vous en mesure de l'utiliser ?
☐ Non ► Veuillez en indiquer les raisons. _____

☐ Oui
☐ Ne sais pas

3 Si vous êtes admis au transport adapté, aurez-vous besoin de l'aide d'une personne (exemple : repositionnement) à bord du véhicule durant votre déplacement ?

- ☐ Non ☐ Oui ► Si **oui**, de quelle aide s'agit-il? _____

4 A. Si vous êtes admis au transport adapté, devrez-vous utiliser une ou des aides à la mobilité durant vos déplacements en transport adapté ?

- ☐ Non ☐ Oui

B. Précisez l'aide ou les aides dont il s'agit.

- ☐ Marchette ► ☐ pliante ☐ non pliante ☐ Triporteur ou quadriporteur
☐ Ambulateur ☐ Fauteuil roulant ► ☐ motorisé
☐ Canne ► Précisez le type : _____ ☐ manuel rigide
_____ ☐ manuel pliant
☐ Béquilles ☐ Autre ► Précisez : _____
☐ Chien-guide ou d'assistance
(certifié par une école reconnue) _____

C. Précisez l'aide que vous utiliserez le plus fréquemment :

D. Avez-vous besoin d'une bonbonne d'oxygène durant vos déplacements en transport adapté ?

- ☐ Non ☐ Oui

5 Avez-vous des enfants âgés de moins de 14 ans dont vous avez la charge ?

- ☐ Non ☐ Oui ► Veuillez fournir leurs noms et dates de naissance.

Nom	Prénom	Date de naissance										
		Année Mois Jour										
_____	_____	<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
_____	_____	<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
_____	_____	<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

SECTION 3

Références et signatures

1 Y a-t-il une ressource professionnelle autre que celle qui remplira l'attestation des incapacités (partie 2 du formulaire) avec laquelle le comité d'admission pourrait communiquer <u>au besoin</u> afin de faciliter l'analyse de votre dossier ?									
Nom					Prénom				
Fonction					Nom de l'établissement (s'il y a lieu)				
Téléphone		Ind. rég.	Numéro		Poste	Numéro de pratique (s'il y a lieu)			

2 Si le demandeur n'a pas rempli lui-même la présente partie, veuillez indiquer la personne qui l'a fait à sa place.									
Nom					Prénom				
Téléphone		Ind. rég.	Numéro		Bureau	Ind. rég.	Numéro		Poste
Résidence									
Cellulaire		Ind. rég.	Numéro		Lien avec le demandeur				
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)									

3 Personne avec qui communiquer en cas d'urgence.									
Nom					Prénom				
Téléphone		Ind. rég.	Numéro		Bureau	Ind. rég.	Numéro		Poste
Résidence									
Cellulaire		Ind. rég.	Numéro		Lien avec le demandeur				
Nom de l'établissement (s'il y a lieu)									

Autorisation du demandeur

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts. Je comprends que toute fausse déclaration pourrait entraîner le refus de mon admission ou la révocation de mon admissibilité. J'autorise le comité d'admission à prendre connaissance de tous les renseignements contenus dans ce formulaire ainsi que de tous les documents joints à l'appui de la présente demande. J'autorise également le comité à communiquer avec la personne indiquée à la question 1 de la présente section, s'il y a lieu, et avec les personnes ayant rempli la partie 2 du formulaire ou toute autre attestation jointe à la demande pour valider l'information reçue ou pour obtenir un complément d'information, si nécessaire. Je comprends que, en cas d'admission, seule l'information nécessaire à mon déplacement, à ma sécurité, et à mon confort sera transmise aux transporteurs qui m'offriront le service.

Signature obligatoire

Signature du demandeur

Signature de la personne autorisée
si le demandeur ne peut agir

Date (AAAA-MM-JJ)

Vous pouvez joindre, en annexe, tous les renseignements supplémentaires relatifs à votre admissibilité ou à vos besoins en transport adapté.

Partie 2 - Attestation des incapacités (à remplir par le professionnel)

Veuillez vous assurer de bien remplir cette partie, à défaut de quoi le traitement de la demande et, par conséquent, l'accès au service de transport adapté seront retardés.

1 A. Quel est le diagnostic principal inscrit au dossier qui engendre les incapacités sur le plan de la mobilité ?

Depuis quand ? _____

Cochez et précisez, s'il y a lieu, la classification médicale du diagnostic sur le plan fonctionnel (niveau, classe, stade) :

- ☐ Déficience intellectuelle ► niveau (léger, moyen, sévère, profond) _____
- ☐ Déficience respiratoire ► classe _____ / V
- ☐ Déficience cardiaque (New York Heart Association) ► classe _____ / IV
- ☐ Maladie de Parkinson (échelle de Hoehn et Yahr) ► stade _____ / V
- ☐ Traumatisme crânio-cérébral ► niveau (léger, modéré, sévère) _____
- ☐ Maladie d'Alzheimer (échelle de Reisberg ou échelle de détérioration globale [EDG]) ► stade _____ / 7
- ☐ Autre ► Précisez : _____

B. Indiquez, s'il y a lieu, tout autre diagnostic en lien avec le besoin de transport adapté.

2 L'état de la personne laisse-t-il entrevoir une récupération possible ?

- ☐ Non ► Expliquez : _____
- ☐ Oui ► Indiquez le délai et expliquez : ☐ moins d'un an _____
- ☐ plus d'un an _____

3 La personne présente-t-elle l'une des incapacités décrites ci-dessous ?

- ☐ Non ► Passez à la question 11.
- ☐ Oui ► Cochez la ou les incapacités (critères d'admission).
- ☐ 1. Marcher 400 mètres sur un terrain uni.
- ☐ 2. Monter une marche de 35 cm de hauteur avec appui ou en descendre une sans appui.
- ☐ 3. Effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport en commun régulier en raison d'une fatigabilité extrême.
- ☐ 4. S'orienter dans le temps.
- ☐ 5. S'orienter dans l'espace.
- ☐ 6. Maîtriser des situations ou des comportements pouvant être préjudiciables à sa propre sécurité ou à celle des autres.
- ☐ 7. Communiquer de façon verbale ou gestuelle. N.B. : cette incapacité ne peut à elle seule être retenue aux fins d'admission.

4 Dans quelles circonstances les incapacités indiquées à la question 3 se manifestent-elles (s'il y a plus d'une incapacité, veuillez indiquer les chiffres correspondants de la question 3, dans les cases appropriées) ?

- ☐ En tout temps ☐ L'hiver seulement ☐ Le soir seulement
- ☐ Seulement lorsque la personne est confrontée à certains obstacles géographiques. ► Précisez : _____
- ☐ Seulement lorsque la personne se déplace avec un enfant de moins de 6 ans dont elle a la charge.
- ☐ Lors de déplacements non familiers, trop complexes ou avec intersection dangereuse.
- ☐ Seulement lors de déplacements pour des traitements d'hémodialyse.
- ☐ Dans certaines situations ou de façon intermittente ► Précisez : _____

A. Déficience motrice, neurologique ou déficience des organes internes

Précisez, s'il y a lieu, le type d'évaluation fonctionnelle effectuée et le résultat :

Échelle de Berg (équilibre) _____

Autre ► Précisez : _____

1) Capacité de marcher sur un terrain uni (précisez)

A) Distance maximale (en mètres) que la personne peut parcourir _____

B) Temps requis pour parcourir cette distance _____

C) Condition de la personne après avoir parcouru cette distance _____

2) Capacité de monter une marche avec appui ou d'en descendre une sans appui (précisez)

A) Hauteur de marche que la personne peut monter avec appui _____

B) Hauteur de marche que la personne peut descendre sans appui _____

C) Limitations rencontrées : amplitude, faiblesse musculaire, douleur, équilibre _____

3) Capacité d'effectuer l'ensemble d'un déplacement en transport en commun régulier

A) En tout temps ► Expliquez : _____

B) De façon intermittente ► Expliquez : _____

B. Déficience visuelle (cochez et précisez)**Acuité visuelle :**

Vision de loin avec ordonnance (en métrique) :

OD _____ OG _____ OU _____

Champ visuel :Moins de 20° ► ☐ OD _____ ☐ OG _____Plus de 20° ► ☐ OD _____ ☐ OG _____**C. Épilepsie**

Indiquez si le problème est contrôlé par médication :

☐ Non ► Aucune médication ne réussit à contrôler complètement les crises. Précisez : _____☐ Oui _____☐ Partiellement contrôlé ► Précisez depuis quand : _____

Donnez des précisions sur la nature des crises (types et manifestations) et les effets secondaires de la médication (s'il y a lieu) :

Y a-t-il des situations particulières pouvant provoquer des crises ? Oui ► Précisez : _____

Si la personne a des crises sévères (c'est-à-dire avec pertes de conscience ou convulsions), indiquez combien de fois par semaine en moyenne elle a de tels types de crises : __________

Expliquez, s'il y a lieu, en quoi la sécurité de la personne est compromise lors de ses déplacements : _____

_____**D. Problèmes de santé mentale sévères et persistants (complétez également la section F, s'il y a lieu)**

Les incapacités de la personne sont-elles contrôlées par la médication ?

☐ Non ► Précisez : _____☐ Oui _____

E. Troubles d'ordre cognitif (complétez également la section F, s'il y a lieu)

Précisez si la personne a des problèmes d'ordre cognitif (exemples : compréhension, jugement, mémoire).

F. Problèmes de comportement

En situation de transport, la personne pourrait-elle présenter un problème de comportement (impulsivité, agressivité, automutilation, risque de fugue, etc.) pouvant être préjudiciable à sa sécurité ou à celle des autres passagers dont le transporteur devrait être informé advenant son admission ?

☐ Non

☐ Oui ► Indiquez la nature et les manifestations : _____

► Indiquez le type de situations pouvant entraîner ce problème de comportement lié au transport : _____

G. Problèmes de communication

La personne peut-elle communiquer ?

☐ Verbalement

☐ Par symboles

☐ Troubles importants d'élocution

☐ Gestuellement

☐ Aucune communication ► Précisez : _____

☐ Autre ► Précisez : _____

6

A. Les limitations de la personne nécessitent-elles l'une des aides à la mobilité suivantes pour faciliter ses déplacements en transport adapté ?

☐ Aucune ► Passez à la question 7.

☐ Marchette ► ☐ pliante ☐ non pliante

☐ Ambulateur

☐ Canne ► Précisez le type : _____

☐ Béquilles

☐ Chien-guide ou d'assistance (certifié par une école reconnue)

☐ Triporteur ou quadriporteur

☐ Fauteuil roulant ► ☐ motorisé

☐ manuel rigide

☐ manuel pliant

☐ Autre ► Précisez : _____

B. La personne doit-elle utiliser cette aide ?

☐ En tout temps

☐ À l'occasion

Précisez : _____

C. Si la personne est en fauteuil roulant manuel, peut-elle se transférer du fauteuil à la banquette d'un véhicule ?

☐ Non, même avec l'aide d'une personne

☐ Oui, sans aide

☐ Oui, avec l'aide d'une personne

D. La personne a-t-elle besoin d'une bonbonne d'oxygène durant ses déplacements en transport adapté ?

☐ Non

☐ Oui

7

Si la personne est admise au transport adapté, aura-t-elle besoin de l'aide d'un accompagnateur en raison d'un besoin particulier à bord du véhicule durant le déplacement compte tenu de ses incapacités ?

☐ Non

☐ Non, si certaines mesures sont mises en place pour pallier les problèmes de comportement en cours de déplacement.

► Expliquez : _____

☐ Oui, temporairement à des fins de familiarisation pour une période de : _____

☐ Oui, en tout temps. ► Pourquoi : _____

8 La personne est-elle inscrite ou a-t-elle été inscrite à un cours en orientation et mobilité, un apprentissage ou une familiarisation (traitement ou thérapie comportementale), ou à une réadaptation en vue de l'utilisation du transport en commun régulier ?

☐ Non, quelles en sont les raisons ?

☐ La personne n'a pas le potentiel. ► Expliquez : _____

☐ La personne a le potentiel, mais il n'y a pas de transport en commun régulier dans la municipalité.

☐ Autre ► Précisez : _____

☐ Oui, supervisé par : _____ Téléphone : _____

Nom de l'établissement : _____

Date de début : _____ Durée probable : _____ Terminé le : _____

Si cette démarche s'est soldée par un échec, en expliquer les causes.

9 A. La personne pourrait-elle effectuer certains déplacements en transport en commun régulier sans nécessiter l'aide d'un accompagnateur ?

☐ Non ► Pourquoi : _____

☐ Oui, pour tous les déplacements.

☐ Oui, sauf en certaines situations. ► Précisez : _____

☐ Oui, pour certains déplacements spécifiques ► Précisez l'origine et la destination de ces déplacements :

Origine

Destination

B. Cette personne pourrait-elle utiliser le transport en commun régulier lorsqu'elle est accompagnée ?

☐ Non ► Expliquez : _____

☐ Oui

10 L'information contenue dans le présent document concernant le diagnostic et l'évaluation des incapacités provient :

☐ D'une évaluation du requérant. ► Précisez, s'il y a lieu, le type d'évaluation : _____

☐ Du dossier du requérant : ☐ Diagnostic ► Précisez la date : _____

☐ Évaluation des incapacités ► Précisez la date : _____

☐ Autre ► Précisez : _____

11 Depuis combien de temps traitez-vous ou offrez-vous des services à cette personne ?

Ce formulaire a été rempli par :

Nom, prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____ Numéro de pratique (s'il y a lieu) : _____

Estampille ou sceau
du professionnel ou
de l'établissement

Estampille ou sceau

Je certifie que les renseignements fournis sur (indiquez prénom et nom) M. _____ ou
M^{me} _____ sont exacts. En cas de fausse déclaration, je comprends que la personne
requérante pourrait se voir refuser l'admission au transport adapté ou se voir révoquer son admission.

Signature obligatoire

Date (AAAA-MM-JJ)

Vous pouvez joindre, en annexe, tous les renseignements supplémentaires que vous jugez nécessaires à l'appui de cette attestation.

ANNEXE 1

Renseignements supplémentaires requis

*** Doit obligatoirement être rempli par un professionnel de la santé ***

Si la personne était admise au transport adapté, ses limitations feraient-elles en sorte qu'elle nécessite l'assistance d'un responsable à destination?

- ☐ La **personne n'est pas autonome** et ne peut rester seule sans surveillance à aucune adresse (ex.: incapacité à s'orienter seule, incapable de demander de l'assistance au besoin, risque de fugue, etc.) Le chauffeur assistera le client jusqu'à la porte accessible, le fera entrer et devra s'assurer qu'un responsable prenne en charge la personne avant de quitter les lieux (quelqu'un devra toujours être présent lors de l'arrivée du véhicule).
- ☐ La **personne est autonome**, le chauffeur peut la laisser seule à destination à toutes les adresses (ex.: le client peut attendre seul à destination quelqu'un qui viendrait le rejoindre). Le chauffeur assistera le client jusqu'à la porte accessible, le fera entrer et quittera par la suite.

À remplir si la personne est ambulante et/ou utilise un fauteuil roulant manuel :

S.v.p. cochez les différentes positions dans lesquelles les capacités du client lui permettraient d'être transporté* dans chacun des véhicules suivantes :

* Être transporté signifie se transférer seul sur la banquette du véhicule, prendre et conserver la position assise durant tout le transport et ressortir du véhicule.

Véhicule taxi régulier de type intermédiaire (berline)

Hauteur moyenne entre le seuil de la porte et le sol : 356 mm (14 pouces)

Véhicule taxi de type mini fourgonnette (sans plateforme hydraulique)

Hauteur moyenne entre le seuil de la porte et le sol : 508 mm (20 pouces)



Dérogation de gardiennage : Déclaration et identification du responsable

- J'atteste que cet usager est suffisamment autonome pour être laissé seul et sans gardiennage. Par conséquent, je demande à Accès Transport Beauce-Centre de ne pas exiger la présence d'une personne qui assumerait sa prise en charge :

- ☐ À toute destination demandé
- ☐ Seulement au domicile (une seule adresse résidentielle principale sera acceptée).

Adresse du domicile : _____

- Je m'engage à informer Accès Transport Beauce-Centre de toute modification à cette déclaration.

Personne responsable :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tél. domicile : _____ Tél. au travail : _____

- J'autorise Accès Transport Beauce-Centre à consulter toute autre personne ayant un lien avec le requérant et la présente demande.

Signature du parent ou responsable

Date (JJ / MM / AAAA)

ANNEXE 2

Renseignements supplémentaires requis

Si le client est en fauteuil roulant «pliant», est-ce qu'il est capable de se «transférer lui-même» de son fauteuil au siège du véhicule.

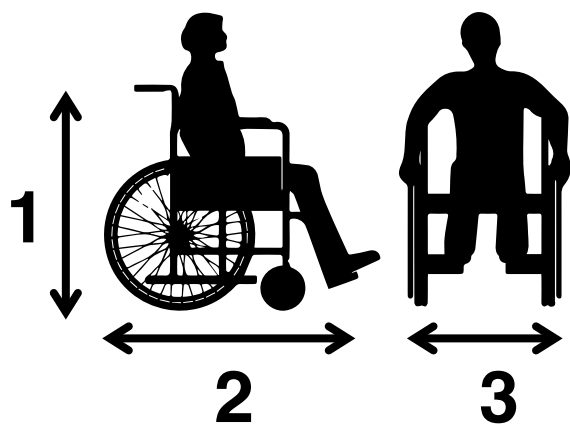
☐ Oui, transférable ☐ Non, incapacité à se transférer

Fauteuil roulant, quadriporteur ou triporteur du client

* Champs obligatoires

* Marque : _____

* Modèle : _____



* 1) Hauteur maximale : _____
(du sol à l'élément le plus haut)

* 2) Longueur hors-tout : _____
(maximum 1295 mm (51 ½ po))

* 3) Largeur hors-tout : _____
(maximum 787 mm (33 po))

Poids maximal de 340 kg (750 lbs) incluant la personne.
Quatre (4) points d'ancrage obligatoires.

* Ceinture et points d'ancrage obligatoires sur le fauteuil.

Triporteurs et quadriporteurs

Pour utiliser un quadriporteur ou un triporteur, le client ne peut pas demeurer assis sur son équipement pendant le trajet à bord. Ainsi, il doit être capable d'effectuer lui-même le transfert de son quadriporteur ou triporteur au siège du véhicule sans autre aide à la mobilité. Effectuer un simple pivot n'est pas suffisant.

La personne est-elle en mesure d'effectuer le transfert de façon autonome?

☐ Oui ☐ Non

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts. En cas de fausse déclaration, je comprends que le requérant pourrait se voir refuser le service de transport adapté.

Nom du professionnel autorisé : _____

Signature du professionnel autorisé : _____

Date : _____
JJ / MM / AAAA

* Merci de nous contacter si vous changez de fauteuil S.V.P.

Accès Transport
BEAUCE CENTRE



Annexe de renseignement

Acceptation au transport adapté

1. Nom :

Prénom

Deuxième prénom

Nom

2. Date de naissance :

MM

JJ

AA

Suite à mon acceptation au service de transport adapté avec Accès Transport Beauce-Centre, je comprends que les renseignements recueillis dans ce document serviront à assurer un service adéquat et conforme.

3. Attestation d'autonomie :

☐ **La personne n'est pas autonome** et ne peut rester seule sans surveillance à aucune adresse (ex.: incapacité à s'orienter seule, incapable de demander de l'assistance au besoin, risque de fugue, etc.) Le chauffeur assistera le client jusqu'à la porte accessible, le fera entrer et devra s'assurer qu'un responsable prenne en charge la personne avant de quitter les lieux (quelqu'un devra toujours être présent lors de l'arrivée du véhicule).

☐ **La personne est autonome**, le chauffeur peut la laisser seule à destination à toutes les adresses (ex.: le client peut attendre seul à destination quelqu'un qui viendrait le rejoindre). Le chauffeur assistera le client jusqu'à la porte accessible, le fera entrer et quittera par la suite.

4. Capacité de transfert (si la personne est en fauteuil roulant) :

☐ La personne **est capable** de se transférer seule.

☐ La personne **ne peut pas** se transférer seule, le véhicule adapté est requis.

5. Facturation :

☐ La personne s'occupe de sa facturation seule.

☐ Un tiers est désigné pour s'occuper de la facturation.

*Indiquer ci-dessous les coordonnées et le lien de la personne ressource.

Nom et prénom de la personne responsable :

de téléphone :

Lien avec la personne :

Adresse courriel pour la facturation :

6. Informations supplémentaires :

Merci d'indiquer ci-dessous toutes particularités en lien avec le service de transport qui se rapportent à la personne concernée. Par exemple : Mal des transports, troubles de comportement, forte corpulence pour assurer le confort de tous, etc.

--

En signant ce document, j'atteste avoir pris connaissance de tous les éléments importants et d'avoir fourni une information juste et claire pour assurer un service de qualité.

7. Signature

Date de la signature

MM

JJ

AA

Objet : Autorisation pour la communication de renseignements personnels dans le cadre d'une demande d'admission au transport adapté

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ No. De membre (si modification) : _____

Par la présente, vous autorisez le comité d'admission au transport adapté de la MRC Beauce-Centre, à consulter votre demande d'admission et les documents médicaux qui s'y rattachent ainsi qu'à demander des précisions aux professionnels de la santé concernés si nécessaire.

Les informations contenues au dossier, transmises au comité et vérifiées auprès de professionnels sont exclusivement rattachées à la demande et seules les informations pertinentes à la demande d'admission au transport adapté sont visés par cette autorisation de communiquer.

	J'autorise	Je refuse
Formulaire de demande d'admission initiale	☐	☐
*Formulaire de modification à la demande d'admission	☐	☐
Documents médicaux rattachés à la demande d'admission	☐	☐
Autorisation de communiquer avec les professionnels cités à la demande et aux documents médicaux	☐	☐

Spécification au besoin : _____

Dans objectif suivant seulement : Dépôt d'une demande d'admission au transport adapté ou demande de modification au transport adapté.