



Personne ayant une maladie cognitive

Spécifications de la maladie :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ATTEINTE

Nom :	Prénom :	
Adresse :		
Nom de la résidence, s'il y a lieu :		
Tél : () -	Date de naissance :	
Si photo, date de la photo :		

DESCRIPTION PHYSIQUE

Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Race :	Yeux :	Langue :
Cheveux (couleur) :	Cheveux (détail) :	Teint :	
Taille :	Poids :		
Prothèse dentaire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (supérieur <input type="checkbox"/> inférieur <input type="checkbox"/>)			
Aide visuelle : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Description :		
Marque distinctive :			
Problème de santé :			
Personne à risque de s'égarer : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Endroit(s) où la personne fut retrouvée dans le passé :			
Adresse du dernier emploi :			
Adresse de la dernière demeure :			
Adresse de la demeure d'enfance :			
Autres : (exemples : vêtement identifié, bracelet)			
Véhicule (détails) :			

CAPACITÉS COGNITIVES ET PHYSIQUES (à cocher)

	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"/>	
Ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PERSONNES RESSOURCES

À contacter en premier :

Nom :	Prénom :	Lien :
Adresse :		
Tél : () -	Tél : () -	

En deuxième :

Nom :	Prénom :	Lien :
Adresse :		
Tél : () -	Tél : () -	

Pré-autorisation de transmettre les renseignements pertinents aux médias lorsque jugé nécessaire par le Service de police.

Date : _____ Signature : _____

Usage du Service de police

Numéro dossier : MTT -		
Photographie jointe	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Matricule :
Alimenté dans la base de données :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Matricule :