



## FICHE D'IDENTIFICATION POUR LES ADULTES À RISQUES

Si un proche disparaît, composez immédiatement le 911.

Il n'est pas nécessaire d'attendre 24 heures pour signaler une disparition.

PHOTO RÉCENTE

NOM : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Surnom

ADRESSE : \_\_\_\_\_  
Numéro Rue Appartement

Ville Province

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

ÂGE : \_\_\_\_\_ TAILLE : \_\_\_\_\_ POIDS : \_\_\_\_\_ GROUPE SANGUIN : \_\_\_\_\_

COULEUR : Peau : \_\_\_\_\_ Yeux : \_\_\_\_\_ Cheveux : \_\_\_\_\_

MARQUES DISTINCTIVES : \_\_\_\_\_

LUNETTES :  Oui  Non APPAREILS AUDITIFS :  Oui  Non

LANGUE MATERNELLE : \_\_\_\_\_ AUTRE(S) LANGUE(S) PARLÉE(S) : \_\_\_\_\_

PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Tél. (Maison) Tél. (Autre) Lien

PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Tél. (Maison) Tél. (Autre) Lien

## FICHE MÉDICALE

MALADIES CHRONIQUES : \_\_\_\_\_ ALLERGIES : \_\_\_\_\_

RESTRICTIONS ALIMENTAIRES : \_\_\_\_\_

MÉDICAMENTS ACTUELS : \_\_\_\_\_

SANTÉ DENTAIRE : \_\_\_\_\_ APPAREILS DENTAIRES : \_\_\_\_\_

AIDE(S) DE LOCOMOTION : \_\_\_\_\_ TROUBLES DE LA PAROLE OU DU LANGAGE :  Oui  Non

## AUTRES RENSEIGNEMENTS UTILES

Lieux d'intérêt fréquentés régulièrement

Renseignements d'identification : Cette personne porte-t-elle ou transporte-t-elle des bijoux, étiquette(s), carte d'identité, bracelet médical? Veuillez préciser.

Résidence antérieure (quartier)

PROCHES OU AMIS AVEC QUI CETTE PERSONNE EST TRÈS LIÉE OU QU'ELLE POURRAIT TENTER DE JOINDRE :

Nom de famille Prénom Tél. (Maison) Tél. (Autre) Lien

Nom de famille Prénom Tél. (Maison) Tél. (Autre) Lien