|  |  |
| --- | --- |
| CISSS_Laval_N_BVersion électronique | Service spécialisé en déficience physiqueProgramme conduite automobile**ANNEXE D** |
|  |
| **1. Identification** |
| NOM DE FAMILLE  | PRÉNOM  | DATE DE NAISSANCE |
|       |       |       |
|  |
| Nouveau conducteur  [ ]  Oui [ ]  Non | Le client conduit-il actuellement ? [ ]  Oui [ ]  Non |
| Permis de conduire  | [ ]  Oui | [ ]  Non |  | Date d’expiration : |       |
| Le client est- il sur le marché du travail ? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Si oui, Quel type de travail effectue-t-il?  |       |
|  |
| 2. Motif de la demande |  |
| [ ]  Évaluation de la conduite automobile |
| [ ]  Adaptation de véhicule : | [ ]  Conducteur | [ ]  Passager |
|  |
| 3. Informations complémentaires |  |
| Utilisez-vous une de ces aides à la mobilité? (fauteuil roulant manuel ou motorisé, quadriporteur, marchette déambulateur, canne) [ ]  Oui [ ]  Non |
| Si oui, laquelle?  |       |
|  |
| Si vous utilisez un fauteuil manuel ou motorisé, pouvez-vous passer seul(e) du siège de votre fauteuilroulant au siège du conducteur, avec ou sans planche de transfert ? [ ]  Oui [ ]  Non |
|  |
| Pensez-vous devoir conduire assis dans votre roulant? [ ]  Oui [ ]  Non |
|  |
| Y a-t-il un autre membre de votre famille qui utilise une aide à la mobilité [ ]  Oui [ ]  Non |
| Si oui, laquelle? |       |
|  |
| 4. Nom de la personne ayant complété le formulaire : |  |
|  |       |  |       |  | Date |
|  | Nom |  | Fonction |  | Date |
|  |