|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CISSS_Laval_N_B  Version électronique | | | | | | | | | | | | | Service spécialisé en déficience physique  Programme 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 fauteuil  roulant 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 |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |