Date :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | | | Sexe : | | | |
| Prénom : | | | | Âge : | | | |
| **Coordonnées de la résidence principale** | | | | | | | |
| Adresse : | | Numéro d’appartement : | | Municipalité : | | Téléphone : | |
|  | |  | |  | |  | |
| Cellulaire : | | | | Adresse de courrier électronique : | | | |
| **Autres personnes[[1]](#footnote-1) résidant à la même adresse** | | | | | | | |
| Nom : | Prénom : | | Sexe : | | Âge : | | Lien de parenté |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
| **Hébergement temporaire et coordonnées** | | | | | | | |
| Adresse : | | Numéro d’appartement : | | Municipalité : | | Téléphone : | |
|  | |  | |  | |  | |
| Cellulaire : | | | | Adresse de courrier électronique : | | | |
| **Besoins particuliers (Préciser)** | | | | | | | |
| *(P. ex., habillement, biens de première nécessité, soins de santé et services sociaux, hébergement temporaire, interprètes, etc.)* | | | | | | | |
| **Autres renseignements pertinents** | | | | | | | |
| *(P. ex., allergies, diètes spéciales, ordonnances médicales, etc.)* | | | | | | | |

Je autorise l'utilisation et la communication des renseignements

(Nom en caractères d’imprimerie)

personnels fournis aux fins d’organisation de l’aide aux personnes sinistrées.

Signature :

Faite à , le 20

Je autorise l'utilisation et la communication des renseignements

(Nom en caractères d’imprimerie)

personnels fournis aux fins d’organisation de l’aide aux personnes sinistrées.

Signature :

Fait à , le 20

1. Chaque personne majeure résidant à cette adresse peut autoriser par sa signature la communication des renseignements personnels fournis aux fins d’organisation de l’aide aux personnes sinistrées. [↑](#footnote-ref-1)