



RÉGIE INTERMUNICIPALE DE POLICE  
THÉRÈSE-DE BLAINVILLE

# Personne à inscrire au programme

## Spécifications de la maladie :

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE - DEMANDEUR POUR L'INSCRIPTION OUI NON

Nom :	Prénom :	<b>PHOTO</b>
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) :		
Taille :	Poids :	Teint :	
Prothèse dentaire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (supérieure <input type="checkbox"/> inférieure <input type="checkbox"/> )			
Aide visuelle : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Description :		
Marque distinctive :			
Problème de santé :			
Spécialiste traitant / endroit pour soins :			
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 - Demandeur pour l'inscription : OUI  NON

Nom :	Prénom :	Lien :
Adresse :		
Tél. :	Cell.:	Courriel :

En deuxième :

Nom :	Prénom :	Lien :
Adresse :		
Tél. :	Cell.:	Courriel :

Pré-autorisation de transmettre les renseignements pertinents aux médias lorsque le Service de police le juge nécessaire.	
Date _____	Signature _____

### Usage de la RIPTB

Numéro dossier : RTB -		
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 :