



# Personne à inscrire au programme

RÉGIE INTERMUNICIPALE DE POLICE  
THÉRÈSE-DE BLAINVILLE

MOTIF DE L'INSCRIPTION : \_\_\_\_\_

INSCRIPTION FAITE PAR :  PERSONNE VISÉE  PERSONNE RESSOURCE #1

## IDENTIFICATION DE LA PERSONNE VISÉE

Nom :	Prénom :	Fournir photo
Adresse :		
Courriel :		
Tél : ( ) -	Date de naissance :	Date de la photo
Tél. cell.: ( ) -	Fournisseur de service :	

## 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 :			
Nom de l'institution financière (Débit / Crédit )			
Adresse du dernier emploi :			
Adresse de la demeure d'enfance:			
Endroits préférés : Loisirs/sports/passions :			
Autres : (exemples : vêtement identifié, bracelet, GPS)			
Véhicule (détails) :			

## MÉDIAS SOCIAUX



NOM DE PROFIL



NOM DE PROFIL



NOM DE PROFIL

AUTRES \_\_\_\_\_

## 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"/>	

## PERSONNE RESSOURCE #1

Nom :	Prénom :	Lien :
Adresse :		Date de naissance :
Tél. :	Cell.:	Courriel :

## PERSONNE RESSOURCE #2

Nom :	Prénom :	Lien :
Adresse :		Date de naissance :
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

Préventionniste-enquêteur :	Matricule :
Photographie jointe	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Matricule :
Inscription complète au registre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Matricule :