

Année	Mois	Jour	N° d'événement	Raison sociale		Nom du responsable	
				Adresse		Ind. rég.	N° de téléphone

**1. DESCRIPTION PHYSIQUE**

Nom		Prénom	
Adresse			
Date de naissance		Année	Mois
		Jour	
Grandeur	<input type="checkbox"/> po	Poids	<input type="checkbox"/> lb
	<input type="checkbox"/> cm		<input type="checkbox"/> kg
Cheveux		Yeux	
Origine ethnique			
<input type="checkbox"/> Blanche <input type="checkbox"/> Autre :			
Langue			
<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :			
Caractéristiques physiques particulières (barbe, lunettes, tatouage, handicap, etc.)			



**2. PROFIL DU RÉSIDENT**

Maladies connues :			
Condition physique (bon marcheur?) :			
Spécialiste traitant/endroit pour soins :			
Personnes à contacter	1,	Lien :	Téléphone :
	2,	Lien :	Téléphone :
Endroits fréquentés	1,	4.	
	2,	5.	
	3,	6.	
Anciennes adresses	1,	3.	
	2,	4.	
Anciens emplois	1. Fonction :	Adresse :	
	1. Fonction :	Adresse :	

**2.1 PROFIL DU RÉSIDENT**

Date (A, M, J)	Retrouvé à quel endroit	Circonstances

**QUE**