

ARIHQ Seulement

Formulaire de transport/d'accompagnement

Direction :

DIDPTSA

SAPA

DSMD

JED

COORDONNÉE DE LA RESSOURCE INTERMÉDIAIRE :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Ville: _____

Code postal : _____

INFORMATION SUR L'USAGER :

N°usager : _____

DDN : _____

Nom : _____

Prénom : _____

RAISON :

Services professionnels

Déplacement judiciaire (police, Palais de justice, travaux communautaires etc.)

Visite familiale

Déplacement (intégration ou maintien en milieu scolaire ou de travail)

SERVICE DEMANDÉ :

Transport seulement

Transport et accompagnement

Transport et accompagnement mesure spéciale *

***DESCRIPTION MESURE SPÉCIALE SI APPLICABLE (doit être préalablement convenu entre la RI et l'établissement):**

TRANSPORT :

Destination : _____ ALLER RETOUR

Durée du transport si connue à l'avance : _____

COMMENTAIRES :

Nom de l'intervenant : _____

Nom du Gestionnaire _____

Signature de l'intervenant(e): _____

Signature du gestionnaire : _____

Date : _____

Date : _____

(Année/mois/jour)

(Année/mois/jour)