

CLINIQUE MEDICALE PHYSERGO
DEMANDE D'ADMISSION POUR ÉVALUATION
DE L'APTITUDE À CONDUIRE UN VÉHICULE ROUTIER

Nom : _____ Date de la demande : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____ N° d'ass. maladie : _____

Téléphone – résidence : _____
- travail : _____
- autres : _____

Conducteur / nouveau
ancien

N° du permis de conduire : _____ Date d'expiration : _____

DIAGNOSTIC PRINCIPAL : conditions associées, problèmes majeurs, médicaments...)

** Si possible, nous faire parvenir un résumé de dossier et, s'il s'agit d'un cas de traumatisme crânien, nous faire parvenir une évaluation neuro-psychologique.

Nom personne référante : _____ Nom de l'établissement : _____

Signature : _____ Adresse : _____

Profession : _____

Téléphone : _____ Code postal : _____

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je, _____, autorise par la présente, _____
à faire parvenir tous les renseignements nécessaires à ma réadaptation à la Clinique médicale Physergo du
Sud-Ouest.

SIGNATURE : _____ DATE : _____

Doit être signé par la personne référée ou tuteur

TÉMOIN :

Envoyer par fax au: 514.766.3472