

ANNEXE XI – CONFIRMATION DE L'UTILISATION
Programme d'attribution des triporteurs et des quadriporteurs
Établissements mandataires



POUR L'EST DU QUÉBEC :
 INSTITUT DE RÉADAPTATION
 EN DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC
 525, BOULEVARD WILFRID-HAMEL
 QUÉBEC (QUÉBEC) G1M 2S8
progsss-irdpq.ciussssen@sss.gouv.qc.ca

POUR L'OUEST DU QUÉBEC :
 INSTITUT DE RÉADAPTATION
 GINGRAS-LINDSAY-DE-MONTRÉAL
 6300 AVENUE DARLINGTON
 MONTRÉAL (QUÉBEC) H3S 2J4
programmes.ministeriels.irglm@sss.gouv.qc.ca



<input type="checkbox"/> Triporteur	<input type="checkbox"/> Quadriporteur	<input type="checkbox"/> Ambulateur	<input type="checkbox"/> Neuf
<input type="checkbox"/> Tricycle	<input type="checkbox"/> Vélo adapté		<input type="checkbox"/> Valorisé

USAGER _____ DATE DE LIVRAISON _____

Numéro d'assurance maladie

Date d'expiration

1. L'appareil est-il conforme à la recommandation? OUI NON

Description de l'appareil _____

Numéro de série de l'appareil _____

2. L'utilisation de l'appareil est-elle conforme à l'évaluation des besoins faite par le demandeur?

3. J'atteste de la capacité de M. ou de M^{me} _____
 à utiliser l'équipement recommandé.

 Nom

 Établissement

 Date