

**MOUVEMENT D'UNE PERSONNE SOUS RÉGIME DE PROTECTION PUBLIC****Identification**

Nom :	Prénom :	N° de dossier du Curateur public :
N° de dossier de l'établissement :	Date de naissance : année    mois    jour	
N° d'assurance-maladie :	Nom du conjoint :	

**Motif du mouvement**

**Motif :** (sélectionnez le motif du mouvement)

Congé définitif et retour dans le milieu de vie habituel  
 Congé de vacances ou d'essai  
 Retour de congé de vacances ou d'essai  
 Transfert définitif dans un autre milieu de vie

Transfert temporaire pour des soins ou un hébergement de plus de 15 jours  
 Évasion ou sortie contre avis du médecin  
 Retour d'évasion ou de fuite  
 Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Date du mouvement :    année    mois    jour

**Ancienne adresse**

**Milieu de vie :** (sélectionnez un type de milieu de vie)

Centre d'hébergement et de soins de longue durée  
 Centre hospitalier - soins actifs  
 Centre hospitalier - soins prolongés  
 Centre de réadaptation

Centre d'hébergement privé  
 Ressources intermédiaires (pavillon, OSBL et autres)  
 Résidence d'accueil (famille d'accueil pour adulte)  
 Famille naturelle, logement ou chambre  
 Sans domicile fixe  
 Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Nom du milieu de vie :

N° de téléphone :

**Adresse :**

N° civique	Rue	Ville	Code postal
------------	-----	-------	-------------

**Nouvelle adresse**

**Milieu de vie :** (sélectionnez un type de milieu de vie)

Centre d'hébergement et de soins de longue durée  
 Centre hospitalier - soins actifs  
 Centre hospitalier - soins prolongés  
 Centre de réadaptation

Centre d'hébergement privé  
 Ressources intermédiaires (pavillon, OSBL et autres)  
 Résidence d'accueil (famille d'accueil pour adulte)  
 Famille naturelle, logement ou chambre  
 Sans domicile fixe  
 Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Nom du milieu de vie :

N° de téléphone :

**Adresse :**

N° civique	Rue	Ville	Code postal
------------	-----	-------	-------------

Signature :

Département ou service :