



DATE : ..... / ..... / .....

Par le remplissage des documents relatifs à vos données personnelles et médicales ainsi que par l'apposition de l'autocollant et le dépôt de la boîte « *Blegny Carebox* » dans votre frigo, vous marquez votre pleine adhésion au projet. Cela sous-entend également que vous avez été informé(e) de l'accessibilité et de l'utilisation de l'ensemble de vos données personnelles et médicales (déposées dans la boîte « *Blegny Carebox* ») par les services de secours afin de faciliter leur intervention éventuelle. Ces données seront traitées en toute confidentialité et avec professionnalisme.



**NUMEROS D'URGENCE :**

**1733** MEDECINS GENERALISTES DE GARDE

**112** URGENCES MEDICALES, POMPIERS ET POLICE

➤ MERCI DE COMPLÉTER CE FORMULAIRE EN LETTRES MAJUSCULES

**1. IDENTITÉ :**

NOM/ PRÉNOM : .....

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : .....

NATIONALITÉ : .....

ADRESSE : .....

TEL : .....

NUMÉRO DE REGISTRE NATIONAL : .....

## 2. PERSONNES DE CONTACT EN CAS DISPARITION OU DE MALAISE



<b>1<sup>RE</sup> PERSONNE DE CONTACT</b>	
NOM-PRÉNOM	
ADRESSE	
TÉLÉPHONE	
LIEN AVEC LA PERSONNE (ENFANTS, NEVEUX, VOISINS...)	
REMARQUES	



<b>2<sup>EME</sup> PERSONNE DE CONTACT</b>	
NOM-PRÉNOM	
ADRESSE	
TÉLÉPHONE	
LIEN AVEC LA PERSONNE (ENFANTS, NEVEUX, VOISINS...)	
REMARQUES	



<b>PERSONNE DE VOTRE ENTOURAGE QUI PREND HABITUELLEMENT SOIN DE VOS ANIMAUX EN CAS D'ABSENCE</b>	
NOM-PRÉNOM	
ADRESSE	
TÉLÉPHONE	
LIEN AVEC LA PERSONNE (ENFANTS, NEVEUX, VOISINS...)	
REMARQUES	

### 3. HISTORIQUE ET HABITUDES

ANCIENNE ADRESSE :

.....  
.....  
.....

SI VEUF, CIMETIÈRE DU CONJOINT DÉCÉDÉ (+ NOM, PRÉNOM DU CONJOINT DÉCÉDÉ):

.....

ENDROITS FRÉQUENTÉS :

.....  
.....

### 4. TRANSPORT(S) UTILISÉ(S) HABITUELLEMENT

A PIED     TRAIN     MOBYLETTE     VOITURE     BUS     VÉLO

• **SI TRANSPORTS EN COMMUN :**

LIGNE(S) UTILISÉE(S) HABITUELLEMENT : .....

ARRÊTS : .....

CORRESPONDANCES : .....

DESTINATION A ATTEINDRE : .....

• **SI À PIED :**

DÉMARCHE PARTICULIÈRE : .....

ALLURE DE LA MARCHÉ : .....

• **SI VÉHICULE MOTEUR :**

CATÉGORIE / MARQUE ET TYPE : .....

N° DE CHÂSSIS OU DE CADRE : .....

• **SI VÉLO :**

ROUTE(S) FRÉQUENTÉE(S) : .....

CHEMIN(S) DE CAMPAGNE : .....

### 5. ANTÉCÉDENT(S) DE DISPARITION

DATE	RETROUVÉ(E) À QUEL ENDROIT	CIRCONSTANCES

## 6. EN CAS DE DISPARITION (À REMPLIR PAR UN PROCHE)

DATE ET HEURE DE LA DISPARITION	
ENDROIT OÙ LA PERSONNE DISPARUE A ÉTÉ VUE POUR LA DERNIÈRE FOIS	
SIGNE(S) DISTINCTIF(S) DE LA PERSONNE (TATOUAGE, CICATRICE, GRAIN DE BEAUTÉ...)	
LA PERSONNE DISPARUE DOIT-ELLE IMPÉRATIVEMENT SUIVRE UNE MÉDICATION ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INCONNU
LA PERSONNE DISPARUE EST-ELLE EN POSSESSION DE SES MÉDICAMENTS ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INCONNU
QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES PRÉVISIBLES SI LA PERSONNE NE PREND PAS SES MÉDICAMENTS ?	
ATTITUDES PARTICULIÈRES (AGRESSIVITÉ, SOUS L'INFLUENCE DE DROGUE, ALCOOL, ...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INCONNU
PRÉCAUTIONS À PRENDRE :	
PARTICULARITÉS QUANT AU CONTEXTE (SOCIAL) À L'ORIGINE DE LA DISPARITION (PAR EX. DISPUTES, TENSIONS AVEC DES TIERS, TENSIONS PAR RAPPORT À DES PROBLÈMES RELATIONNELS AVEC LA FAMILLE OU DES AMIS...)	

## 7. INFORMATIONS UTILES

### GÉNÉRALITÉS

HEURE DU DERNIER REPAS : .....

#### DEVRAIT AVOIR EN SA POSSESSION :

- CARTE D'IDENTITÉ     PERMIS DE CONDUIRE     CARTE DE BANQUE  
 ARGENT    MONTANT : .....  
 BIJOUX     MONTRE     ALLIANCE     AUTRE : .....  
 GSM    NUMÉRO : .....  
 NÉCESSAIRE DE TOILETTE  
 AUTRE BAGAGE : .....

## VÊTEMENTS

### ACCESSOIRES :

CHAPEAU    CASQUETTE    BÉRET    ÉCHARPE    SAC À MAIN    AUTRE : .....

COULEUR : .....

### HAUT :

CHEMISE    BLOUSE    T-SHIRT    AUTRE : .....

COULEUR : .....

### SUR - VÊTEMENT :

MANTEAU    GILET    IMPERMÉABLE    AUTRE : .....

COULEUR : .....

### BAS :

PANTALON    SHORT    ROBE    PANTALON    JUPE    AUTRE : .....


COULEUR : .....

### CHAUSSURES :

BASKET    CHAUSSURES CLASSIQUES    BOTTES    AUTRE : .....

## EN CAS DE DES DISPARITION

### LISTE DES PREMIÈRES ACTIONS À EFFECTUER :

- Déterminez **qui a vu** la personne concernée *pour la dernière fois*, quand et où ?
- *Fouillez* d'abord correctement l'environnement proche de l'intéressé. Examinez aussi les *petits espaces* tels que les armoires, toilettes, locaux techniques ou bureaux abandonnés. En effet, les personnes désorientées recherchent des endroits (exigus) où elles peuvent être seules.  
Fouillez aussi l'*environnement immédiat* : jardin / parc / remise / garage ainsi que les lieux fréquentés habituellement.
- **Signalez immédiatement** une disparition à la police locale via le numéro d'urgence et précisez, selon vous, si cette disparition est *inquiétante ou non*. 
- Mettez une *photo* du disparu à disposition des personnes effectuant les recherches.
- *Renseignez-vous* pour connaître les endroits où la personne aimait se rendre (ancien domicile, endroit préféré, intervention d'une personne connue...). Certaines informations pourraient se trouver dans ce document.

## 8. CONSEILS DE PRÉVENTION À L'INTENTION DES AINÉS ET DE LEUR FAMILLE

Lors d'une disparition, une intervention rapide des services de police et des proches augmente considérablement les chances de retrouver une personne saine et sauve.

### VOICI QUELQUES CONSEILS DE PRÉVENTION QUI PERMETTRONT DE FACILITER LES RECHERCHES :

- Remplir la fiche descriptive afin d'être en mesure de la fournir aux services de police lors de la disparition d'une personne.
- Mettre à jour annuellement le questionnaire. Pour ce faire, nous vous suggérons une date clé : **le 1<sup>er</sup> octobre, Journée Internationale des Aînés.**
- Se renseigner auprès de la mutuelle, du CPAS, ... pour installer un service de téléassistance. Il permet aux personnes âgées, handicapées ou fragilisées de rester chez elles, autonomes, tout en ayant la certitude d'être secourues en cas de problèmes. Le plus de ce service est qu'il s'adresse à toute personne (*isolée, âgée, convalescente ou dépendante*).

## 9. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES : DONATIONS ET SUCCESSIONS (À REMPLIR PAR UN PROCHE)

UN TESTAMENT A-T-IL ETE FAIT ?  OUI  NON

### QUI A LES INFORMATIONS CONCERNANT LE TESTAMENT ?

NOM : ..... PRENOM : .....

TEL / GSM : .....

MAIL : .....

### NOTAIRE

AVEZ-VOUS UN NOTAIRE ?  OUI  NON

NOM : ..... PRENOM : .....

TEL / GSM : .....

MAIL : .....



**BLEGNY CAREBOX**  
informations médicales d'urgence



**BESOIN D'AIDE POUR COMPLÉTER OU  
RENOUVELER CE DOCUMENT ?  
CONTACTEZ-NOUS !**

**PCS BLEGNY**

**RUE DE LA STATION 54 – 4670 BLEGNY**



**PCS@BLEGNY.BE**



**04 345 91 76  
04 345 91 79**