

## ANALYSE DE LA CAPACITÉ À ÉVACUER

Nom de la résidence : \_\_\_\_\_

Nom du répondant ou de l'intervenant : \_\_\_\_\_

Date de l'analyse : \_\_\_\_\_

Numéro de Téléphone : \_\_\_\_\_

| Chambre ou Logement | Nom du résident | Problématiques                                                                                                                                                                                                      | Précisions | Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 | Pour les besoins de la GRSI                                                         |                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     |                 |                                                                                                                                                                                                                     |            | 1. Mobilité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2. Compréhension                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3. Surdit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 4. Vision                                                                       | Résumé des problématiques<br>Emplacement<br>Conseils / Mesures<br>compensatoires | Code de couleur                                                                                                                                                                                         |
|                     |                 | 1. Mobilité <input type="checkbox"/><br>2. Compréhension <input type="checkbox"/><br>3. Surdité <input type="checkbox"/><br>4. Vision <input type="checkbox"/><br>Aucune problématique <input type="checkbox"/> |            | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |                                                                                     | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O<br>Mesure d'aide : |
|                     |                 | 1. Mobilit   <input type="checkbox"/><br>2. Compr  hension <input type="checkbox"/><br>3. Surdit   <input type="checkbox"/><br>4. Vision <input type="checkbox"/><br>Aucune probl  matique <input type="checkbox"/> |            | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |                                                                                     | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O<br>Mesure d'aide : |
|                     |                 | 1. Mobilit   <input type="checkbox"/><br>2. Compr  hension <input type="checkbox"/><br>3. Surdit   <input type="checkbox"/><br>4. Vision <input type="checkbox"/><br>Aucune probl  matique <input type="checkbox"/> |            | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |                                                                                     | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O<br>Mesure d'aide : |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                         |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | 1. Mobilité <input type="checkbox"/><br>2. Compréhension <input type="checkbox"/><br>3. Surdit   <input type="checkbox"/><br>4. Vision <input type="checkbox"/><br>Aucune<br>probl  matique <input type="checkbox"/>   |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O<br>Mesure d'aide : |
|  |  | 1. Mobilit   <input type="checkbox"/><br>2. Compr  hension <input type="checkbox"/><br>3. Surdit   <input type="checkbox"/><br>4. Vision <input type="checkbox"/><br>Aucune<br>probl  matique <input type="checkbox"/> |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O<br>Mesure d'aide : |
|  |  | 1. Mobilit   <input type="checkbox"/><br>2. Compr  hension <input type="checkbox"/><br>3. Surdit   <input type="checkbox"/><br>4. Vision <input type="checkbox"/><br>Aucune<br>probl  matique <input type="checkbox"/> |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O<br>Mesure d'aide : |
|  |  | 1. Mobilit   <input type="checkbox"/><br>2. Compr  hension <input type="checkbox"/><br>3. Surdit   <input type="checkbox"/><br>4. Vision <input type="checkbox"/><br>Aucune<br>probl  matique <input type="checkbox"/> |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O<br>Mesure d'aide : |



|  |  |                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                         |
|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | 1. Mobilité <input type="checkbox"/><br>2. Compréhension <input type="checkbox"/><br>3. Surdit   <input type="checkbox"/><br>4. Vision <input type="checkbox"/><br>Aucune probl  matique <input type="checkbox"/>   |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O<br>Mesure d'aide : |
|  |  | 1. Mobilit   <input type="checkbox"/><br>2. Compr  hension <input type="checkbox"/><br>3. Surdit   <input type="checkbox"/><br>4. Vision <input type="checkbox"/><br>Aucune probl  matique <input type="checkbox"/> |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O<br>Mesure d'aide : |
|  |  | 1. Mobilit   <input type="checkbox"/><br>2. Compr  hension <input type="checkbox"/><br>3. Surdit   <input type="checkbox"/><br>4. Vision <input type="checkbox"/><br>Aucune probl  matique <input type="checkbox"/> |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O<br>Mesure d'aide : |
|  |  | 1. Mobilit   <input type="checkbox"/><br>2. Compr  hension <input type="checkbox"/><br>3. Surdit   <input type="checkbox"/><br>4. Vision <input type="checkbox"/><br>Aucune probl  matique <input type="checkbox"/> |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>E) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>F) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>G) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>H) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>B) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>C) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/><br>D) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | A) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> VJ<br><input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> O<br>Mesure d'aide : |