

Formulaire d'inscription

Information générale de l'abonné(e)

Prénom et nom: _____

Adresse postale: _____ app: _____

Ville : _____ Code postal: _____

Téléphone principal: _____ Téléphone secondaire: _____

Date de naissance: _____ Date d'inscription: _____

L'abonné(e) vit en : maison / résidence pour aînés / appartement L'abonné(e) vit seul : OUI / NON

Nom et prénom du co-résident (si applicable) : _____ Lien : _____

Nom et prénom du responsable de l'immeuble (si applicable) : _____

Numéro de téléphone du responsable (si applicable) : _____

Clé cachée : OUI / NON Animal de compagnie (race et nom) : _____

Répondant à rejoindre en cas d'urgence

1. Prénom et nom : _____

Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Autre téléphone : _____

Lien avec l'abonné(e) : _____ Possède une clé : OUI / NON

2. Prénom et nom : _____

Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Autre téléphone : _____

Lien avec l'abonné(e) : _____ Possède une clé : OUI / NON

Historique médical

Maladie/limitation physique ou mental:

Peut marcher seul : OUI/NON

Liste des médicaments :

Abonnements

Rappel de SURVEILLANCE: OUI/NON

Lundi ___ Mardi ___ Mercredi ___ Jeudi ___ Vendredi ___ Samedi ___ Dimanche ___

Heures d'appels : _____

Rappel de MÉDICATION: OUI/NON

Lundi ___ Mardi ___ Mercredi ___ Jeudi ___ Vendredi ___ Samedi ___ Dimanche ___

Heures d'appels : _____

Rappel ALIMENTAIRE : OUI/NON

Lundi ___ Mardi ___ Mercredi ___ Jeudi ___ Vendredi ___ Samedi ___ Dimanche ___

Heures d'appels : _____

Autorisation du bénéficiaire dans le cadre de SécuriCAB

Par la présente, j'autorise le représentant du service SécuriCAB à communiquer avec les personnes désignées au présent formulaire et dans l'éventualité où ces personnes désignées ne répondent pas à l'appel, j'autorise le Centre d'action bénévole des Seigneuries à recourir aux services policiers de mon secteur afin d'effectuer cette vérification. S'il advenait que des dommages soient causés lors de cette vérification, j'en assumerai la totalité des coûts et je ne pourrai tenir responsable le Centre d'action bénévole des Seigneuries des dommages et des coûts de réparation. Il en est de même à l'égard de blessures qui pourraient résulter de cette intervention.

Signature de l'abonné(e) : _____

Date : _____

Exemption de responsabilités

Le Centre d'action bénévole des Seigneuries tient à rappeler à l'abonné(e) qu'il décline toute responsabilité advenant une interruption temporaire ou permanente du service ou des tentatives infructueuses pour me rejoindre ou communiquer avec mes personnes désignées.

Dans l'éventualité où l'abonné(e) ne répond pas à l'appel ou ne prend pas sa médication, le Centre d'action bénévole des Seigneuries se dégage de toute responsabilité.

J'ai pris connaissance de cette exemption et j'en comprends toute la signification

Signature de l'abonné(e) : _____ date : _____

Nom de la personne référente (Famille, intervenante sociale, etc.) : _____

Téléphone : _____