

APPELS DE SURVEILLANCE PAIR : \_\_\_\_\_  
RAPPELS PRISE DE MÉDICAMENTS : \_\_\_\_\_ (sans alerte)

### 1. INSCRIPTION DE L'ABONNÉ(E)

DATE D'INSCRIPTION : \_\_\_\_\_ DOSSIER # : \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

NOM À LA NAISSANCE \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE (aa/mm/j) : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

rue/ville/code postal

LANGUE : \_\_\_\_\_ ÉTAT CIVIL : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ RÉPONDEUR : OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

BOÎTE VOCALE : OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

NOM DE LA MÈRE : \_\_\_\_\_

NOM DU MÉDECIN : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

PROPRIÉTAIRE : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

CONCIERGE : \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

ANIMAL/ race/ nom : \_\_\_\_\_

VIT SEUL : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_ (\*)

(\*) Si non, inscrire les coordonnées du **co-résident** : Nom/Prénom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ Date de naissance (an/mois/jour) \_\_\_\_\_

### 2. HISTORIQUE MÉDICAL

MALADIE : \_\_\_\_\_

HANDICAP PHYSIQUE : \_\_\_\_\_

PEUT MARCHER SEUL : oui \_\_\_\_\_ non \_\_\_\_\_

MÉDICAMENTS VITAUX :

- INSCRIT À info-Stop plus (identifié par un stop rouge sur la porte du congélateur) : oui \_\_\_\_\_
- NON-INSCRIT À info-stop (précisez lesquels) :

\_\_\_\_\_

### 3. CÉDULE D'APPELS

JOURS	DIMANCHE	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
HEURES D'APPELS							

#### **4. RÉPONDANTS À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE** (par ordre de priorité)

1. Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse (rue/ville/code postal) : \_\_\_\_\_  
Téléphone résidence : \_\_\_\_\_ Autre téléphone : \_\_\_\_\_  
Lien : \_\_\_\_\_ Possède clef : oui \_\_\_ non \_\_\_

2. Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Téléphone résidence : \_\_\_\_\_ Autre téléphone : \_\_\_\_\_  
Lien : \_\_\_\_\_ Possède clef : oui \_\_\_ non \_\_\_  
Adresse (rue/ville/code postal) : \_\_\_\_\_

3. Nom, Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse (rue/ville/code postal) : \_\_\_\_\_  
Téléphone résidence : \_\_\_\_\_ Autre téléphone : \_\_\_\_\_  
Lien : \_\_\_\_\_ Possède clef : oui \_\_\_ non \_\_\_

#### **5. AUTORISATION DU BÉNÉFICIAIRE DANS LE CADRE DE L'APPLICATION DU PROGRAMME PAIR**

Par la présente, j'autorise le représentant de l'agence 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 l'agence à recourir aux services d'un serrurier afin d'y 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 l'agence responsable des dommages et des coûts de réparations. Il en est de même à l'égard de blessures qui pourraient résulter lors de cette intervention.

*J'autorise le représentant à communiquer à l'agence Pair les informations contenues à la présente et j'autorise l'agence PAIR à recevoir et conserver ces informations pour la durée de mon adhésion au programme et durant tout autre délai légal.*

Signature du bénéficiaire : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

#### **6. EXEMPTION DE RESPONSABILITÉS**

L'agence tient à rappeler au bénéficiaire qu'il décline toute responsabilité advenant une interruption temporaire ou permanente du service (ex : panne électrique, bris d'appareil ou tout autre incident hors contrôle) ou des tentatives infructueuses pour me rejoindre ou communiquer avec mes personnes désignées. Le signataire accepte cette exemption.

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

Signature du bénéficiaire : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

#### **7. REMARQUES**

---

---

---

Mise à jour : \_\_\_\_\_