

RÉFÉRENCE POUR LES VISITES AMICALES ET LES APPELS D'AMITIÉS

 Visites amicales

 Appels d'amitiés

Seules les personnes de 65 ans et + vivant à domicile (pas dans une RPA) sont admissibles à ces services

RENSEIGNEMENT PERSONNEL					
Nom de famille		Prénom			
Adresse				N° appartement	
Ville		Province	QC	Code postal	
Téléphone		Adresse électronique			
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)					
Réseau social ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui, lequel?		
Moyen de transport ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui, lequel?		
PERSONNE RESSOURCE					
Nom			Prénom		
Lien de parenté			Téléphone		
INFORMATIONS MÉDICALES (état de santé, vision, audition)					
Avez-vous besoin de l'aide d'un accessoire pour vos déplacements? Si oui, mentionnez le ou les accessoires utilisés.		Canne <input type="checkbox"/>	Marchette <input type="checkbox"/>	Déambulateur <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant <input type="checkbox"/>
		Béquilles <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>		
Informations supplémentaires					
Préférence bénévole homme ou femme?					
Fumeur?					
Animaux à la maison? Si oui lesquels?					
Intérêts particuliers (sujets de discussion, marches, jeux de société, cuisine, tricot, etc.)?					
RÉFÉRANT					
Nom de l'intervenant					
Téléphone				Date	