



Formulaire d'inscription

INFORMATIONS GÉNÉRALES DE L'ABONNÉ(E)

PRÉNOM :		NOM :	
COURRIEL :			
ADRESSE :			
TÉLÉPHONE		CELLULAIRE :	
GENRE :		LANGUE DE PRÉFÉRENCE :	
NAISSANCE :			

IDENTIFICATION SÉCURI-CAB

DATE D'INSCRIPTION :	
ÉTAT CIVILE :	
CLEF CACHÉ ET QUEL ENDROIT	
ANIMAL DE COMPAGNIE (RACE ET NOM) :	

HISTORIQUE MÉDICAL

NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE :	
NOM DU MÉDECIN (optionnel) :	
TÉLÉPHONE DU MÉDECIN (optionnel) :	
MALADIE / LIMITATIONS PHYSIQUES OU MENTALES :	
PEUT MARCHER SEUL(E) :	OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>
HABITE AVEC UNE AUTRE PERSONNE :	OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>
SI OUI, NOM ET LIEN AVEC LA PERSONNE :	

CONTACTS À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Si appel avec alerte

CONTACT 1 :

NOM COMPLET :		LIEN	
TÉLÉPHONE :		TÉLÉPHONE AUTRE :	
ADRESSE			
POSSÈDE UNE CLEF	OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>	VÉRIFIÉ	OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>

CONTACT 2 :

NOM COMPLET :		LIEN	
TÉLÉPHONE :		TÉLÉPHONE AUTRE :	
ADRESSE			
POSSÈDE UNE CLEF	OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>	VÉRIFIÉ Oui	OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>

CONTACT 3 :

NOM COMPLET :		LIEN	
TÉLÉPHONE :		TÉLÉPHONE AUTRE :	
ADRESSE			
POSSÈDE UNE CLEF	OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>	VÉRIFIÉ	OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>

POUR APPARTEMENT OU RÉSIDENCE

NOM PROPRIÉTAIRE		TÉLÉPHONE :	
NOM CONCIERGE		TÉLÉPHONE :	

ABONNEMENTS

Appel avec Alerte OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>		
LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> MERCREDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI <input type="checkbox"/> SAMEDI <input type="checkbox"/> DIMANCHE <input type="checkbox"/>		
Heures d'appels	Appel 1	Appel 2
Notes :		

Rappel MÉDICATION OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>					
LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> MERCREDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI <input type="checkbox"/> SAMEDI <input type="checkbox"/> DIMANCHE <input type="checkbox"/>					
Heures d'appels	Appel 1	Appel 2	Appel 3	Appel 4	Appel 5
Notes :					

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 Saint-Jérôme Inc.** à recourir aux services nécessaires 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 Saint-Jérôme Inc.** des dommages et des coûts de réparation. Il en est de même à l'égard de blessures qui pourraient résulter de cette intervention.

Signature du bénéficiaire :

Date :

Exemption de responsabilités

SécuriCAB tient à rappeler au bénéficiaire qu'il décline toute responsabilité advenant une interruption temporaire ou permanente du service ou des tentatives infructueuses pour me joindre ou communiquer avec mes personnes désignées.

Dans l'éventualité où le bénéficiaire ne répond pas à l'appel ou ne prend pas sa médication, le **Centre d'action bénévole Saint-Jérôme Inc.** se dégage de toute responsabilité.

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

Signature du bénéficiaire :

Date :

Entente inter-organisme

Si vous vous êtes inscrit avec l'organisme "Les Petits Frères", sachez qu'il nous est possible d'inscrire ces derniers comme contact. Si vous êtes en accord avec cette possibilité, nous tenons à vous mentionner qu'il n'y aura pas d'échange d'informations confidentielles autre que celle traitant de vos appels médicaux ou avec alerte. J'ai pris connaissance de cette information et j'en comprends la signification.

Signature du bénéficiaire :

Date :