



Formulaire d'inscription



INFORMATIONS GÉNÉRALES DE L'ABONNÉ(E)

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

IDENTIFICATION SÉCURITÉ-CAB

DATE D'INSCRIPTION :	
ÉTAT CIVILE :	
CLEF CACHÉ ET QUEL ENDROIT	OUI <input type="checkbox"/> - OÙ :
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

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 : <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 Sécuricab 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
	h	h
Notes :		

Rappel ALIMENTATION 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	Déjeuner	Dîner	Souper
	h	h	h
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
	h	h	h	h	h
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 **CAB Le Nordest** 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 **CAB Le Nordest** 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 **CAB Le Nordest** se dégage de toute responsabilité.

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

Signature du bénéficiaire : _____ Date : _____


Le
Nordest
CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE

fca  q

Fédération des
centres d'action bénévole
du Québec