



Formulaire d'inscription

Information générale

Nom et prénom de l'abonné: _____

Adresse postal: _____ app: _____

Ville: _____ Code postal: _____

État civil: _____

Date de naissance: _____

Langue de préférence: _____

Numéro de téléphone: _____

Date d'inscription: _____ Numéro de dossier SécuriCAB : _____

L'abonné vit seul : OUI / NON

Nom et prénom du co-résident : _____ Lien : _____

L'abonnée vit en résidence/appartement : OUI / NON

Nom et prénom du responsable de l'immeuble : _____

Numéro de téléphone du responsable : _____

Clé cachée : _____

Animal de compagnie (race et nom) : _____

Historique médical

Numéro d'assurance maladie : _____

Nom du médecin : _____

Numéro de téléphone du médecin : _____

État de santé (maladie et limitation) _____

Peut marcher seul : OUI/NON Aide à la marche : _____

Liste des médicaments :

Répondant à rejoindre en cas d'urgence

1. Nom et prénom : _____
Adresse : _____ App : _____
Ville : _____ Code postale : _____
Téléphone domicile : _____
Autre téléphone : _____
Lien avec l'abonné : _____
Possède une clé : _____
2. Nom et prénom : _____
Adresse : _____ App : _____
Ville : _____ Code postale : _____
Téléphone domicile : _____
Autre téléphone : _____
Lien avec l'abonné : _____
Possède une clé : OUI / NON
3. Nom et prénom : _____
Adresse : _____ App : _____
Ville : _____ Code postale : _____
Téléphone domicile : _____
Autre téléphone : _____
Lien avec l'abonné : _____
Possède une clé : _____

Abonnements

SÉCURICAB: OUI / NON Heures d'appels : _____

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

Rappel ALIMENTAIRE : OUI / NON Heures d'appels : _____

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

Rappel de MÉDICATION: OUI / NON Heures d'appels : _____

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

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 de La Mitis à recourir aux services appropriées 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 de La Mitis 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 rejoindre 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 de La Mitis se dégage de toute responsabilité.

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

Signature du bénéficiaire : _____ date : _____