



## 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 : \_\_\_\_\_

Maladie/limitation physique ou mental: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

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

Jours d'appels :

Lundi \_\_\_ Mardi \_\_\_ Mercredi \_\_\_ Jeudi \_\_\_ Vendredi \_\_\_ Samedi \_\_\_ Dimanche \_\_\_

Heures d'appels : \_\_\_\_\_

Rappel ALIMENTAIRE : OUI/NON

Lundi \_\_\_ Mardi \_\_\_ Mercredi \_\_\_ Jeudi \_\_\_ Vendredi \_\_\_ Samedi \_\_\_ Dimanche \_\_\_

Heures d'appels : \_\_\_\_\_

Rappel de MÉDICATION: OUI/NON

Lundi \_\_\_ Mardi \_\_\_ Mercredi \_\_\_ Jeudi \_\_\_ Vendredi \_\_\_ Samedi \_\_\_ Dimanche \_\_\_

Heures d'appels : \_\_\_\_\_

### **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 : \_\_\_\_\_ à recourir aux services de mon secteur nécessaire 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 : \_\_\_\_\_ 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 : \_\_\_\_\_ se dégage de toute responsabilité.

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

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