

Date d'inscription : _____ Appel de surveillance Pair Rappel prise de médicaments

Nom à la naissance	Nom usuel	Prénom
# Dossier	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Téléphone : ()	Ext. Répondeur <input type="checkbox"/> Mise en attente <input type="checkbox"/>	
Compagnie fournisseur du service téléphonique :		
Langue :	Date de naissance	Jour Mois Année Début activation
Adresse : No. Civique :	App :	Rue :
Ville :	Code postal	Prov :
Heures d'appel :		
Absences connues par l'utilisateur :		
Désirez-vous recevoir le message d'anniversaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Moyen de transport : <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Autobus <input type="checkbox"/> Autre		
RÉPONDANTS À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE :		
1	2	3
Nom	Nom	Nom
Rue	Rue	Rue
Ville	Ville	Ville
Tél. Rés.	Tél. Rés.	Tél. Rés.
Autre tél :	Autre tél :	Autre tél :
Lien	Lien	Lien
Possède clé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Possède clé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Possède clé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

AUTRES INFORMATIONS : Autre endroit où on peut rejoindre occasionnellement cet abonné :

Si nous ne rejoignons aucune des personnes désignées comme répondant, nous contacterons le 911.

Note : Nous suggérons que les répondants aient en note les noms des médecins ou spécialistes traitants, leurs # de téléphone ainsi que la liste des médicaments ou le nom de la pharmacie et numéro de téléphone.

a) **Danger :** Animal/race et autre information _____

HISTORIQUE MÉDICALE : Maladie(s) de cet abonné :

Allergie connue : _____

b) **Médicaments :** _____

c) **Inscrit à Info-Stop plus** OUI NON **Peut se déplacer seule :** OUI NON

d) **Handicap :** _____

e) **Se déplace lentement** **Personne malentendante**

DIVERS : Autres informations concernant l'abonné :

Vit seul OUI NON : **Co résident :** _____ **lien :** _____

État civil : _____ **Numéro assurance maladie** _____

PROPRIÉTAIRE : _____ **Tél.** _____

CONCIERGE : _____ **Tél.** _____

MESSAGE EN USAGE : le message appuyer touche 1

SI ABSENCE : Contacter le 819 568 0747, poste 105

- **le jour durant les heures d'ouverture demandez à parler à la responsable du programme PAIR,**
- **le soir ou en dehors des heures d'ouverture mentionnez que le message concerne le programme PAIR ; laissez votre nom et votre numéro de téléphone puis les date d'absence et de retour.**

Autorisation de l'abonné dans le cadre de l'application du programme PAIR

Par la présente, j'autorise le représentant de l'agence 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 l'agence à recourir aux services d'un serrurier afin d'y 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 l'agence responsable des dommages et des coûts de réparation. Il en est de même à l'égard de blessures qui pourraient résulter de cette intervention.

J'autorise l'agence PAIR à recevoir et conserver ces informations pour la durée de mon adhésion au programme et durant tout autre délai légal.

Signature de l'abonné : _____

Signature de la responsable : _____

Exemption de responsabilités

L'agence rappelle à l'abonné qu'elle décline toute responsabilité advenant une interruption temporaire ou permanente du service, (ex : panne électrique, bris d'appareil ou tout autre incident hors contrôle) ou des tentatives infructueuses pour le rejoindre ou communiquer avec les personnes désignées.

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

Le signataire accepte cette exemption.

Signature de l'abonné : _____

Signature de la responsable : _____

Date : _____

REMARQUES : _____

Le Centre d'action bénévole de Gatineau

POUR LE PROGRAMME PAIR : 819 568-0747 poste 105

NOM : _____

S'il y a des changements dans votre situation, veuillez nous appeler afin que nous puissions mettre votre dossier à jour.

MESSAGE EN USAGE : le message appuyer touche 1

SI ABSENCE : Contacter le 819 568 0747 poste 105

- le jour durant les heures d'ouverture demandez à parler à la responsable du programme PAIR,
- le soir ou en dehors des heures d'ouverture mentionnez que le message concerne le programme PAIR ; laissez votre nom et votre numéro de téléphone puis les date d'absence et de retour.

LISTE DES JOURS OU LE SERVICE PAIR N'EST PAS OFFERT :

Le Vendredi Saint et le lundi de Pâques

La Fête de Dollard ou de la Reine : le lundi qui précède le 25 mai

La Fête nationale du Québec : le 24 juin

Le Jour du Canada : le 1^{er} juillet

La Fête du travail : le 1^{er} lundi de septembre

L'Action de Grâce : le 2^e lundi d'octobre

Le Jour du Souvenir : le 11 novembre

et tout autre congé férié ainsi décrété.

Autorisation de l'abonné dans le cadre de l'application du programme PAIR

Par la présente, j'autorise le représentant de l'agence 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 l'agence à **recourir aux services d'un serrurier afin d'y 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 l'agence responsable des dommages et des coûts de réparation. Il en est de même à l'égard de blessures qui pourraient résulter de cette intervention.

J'autorise l'agence PAIR à recevoir et conserver ces informations pour la durée de mon adhésion au programme et durant tout autre délai légal.

Signature de l'abonné : _____

Signature de la responsable : _____

Date : _____

Exemption de responsabilités

Exemption de responsabilités

L'agence rappelle à l'abonné qu'elle décline toute responsabilité advenant une interruption temporaire ou permanente du service, (ex : panne électrique, bris d'appareil ou tout autre incident hors contrôle) ou des tentatives infructueuses pour le rejoindre ou communiquer avec les personnes désignées.

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

Le signataire accepte cette exemption.

Signature de l'abonné : _____

Signature de la responsable : _____

Date : _____