



Formulaire d'inscription

Informations générales

Nom et prénom de l'abonné : _____

Adresse postal : _____ App : _____

Ville : _____ Code postal : _____

État civil : _____

Date de naissance : _____

(Jour/Mois/Année)

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'abonné vit en résidence/appartement : OUI / NON

Nom et prénom du responsable de l'immeuble : _____

Numéro de téléphone du responsable : _____

Clé cachée ou possède une clé : _____

Animal de compagnie (race et nom) : _____

Historique médical

Numéro d'assurance maladie : _____

Nom du médecin : _____

Numéro de téléphone du médecin : _____

Maladie/limitation physique ou mentale _____

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 postal : _____
Téléphone domicile : _____
Autre téléphone : _____
Lien avec l'abonné : _____
Possède une clé : OUI/NON

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

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

Abonnements

Appel de SURVEILLANCE : OUI/NON

Jours d'appels de semaine :

Lundi ___ Mardi ___ Mercredi ___ Jeudi ___ Vendredi ___

Heures d'appels : _____

Jours d'appels de fin de semaine :

Samedi ___ Dimanche ___

Heures d'appels : _____

Rappel de MÉDICATION : OUI/NON

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

Heures d'appels : _____/_____/_____/_____/_____

Rappel d'ALIMENTATION : 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 ou les organismes responsables du service SécuriCAB desservant le territoire à recourir au service de la police 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 l'organisme offrant le service des dommages et des coûts de réparations. Il en est de même à l'égard de blessures qui pourraient résulter de cette intervention.

Signature du bénéficiaire : _____ Date : _____

(Jour/Mois/Année)

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, l'organisme qui offre le service se dégage de toute responsabilité.

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

Signature du bénéficiaire : _____ Date : _____
(Jour/Mois/Année)

S.V.P. cocher l'organisme qui correspond à votre territoire d'inscription.

☐

Centre d'action bénévole de la Frontière

Adresse : 12, rue Sainte-Marie, Lacolle, QC J0J 1J0

Téléphone : 450-246-2016 Télécopieur : 450-246-2229

Courriel : centre.benev@hotmail.com

Territoire : Lacolle, St-Paul-de-l'Île-aux-Noix, St-Valentin, Noyan, St-Georges-de-Clarenceville, St-Blaise-sur-Richelieu et St-Jean-sur-Richelieu

☐

Centre d'action bénévole d'Iberville et de la région

Adresse : 290, Avenue des Conseillers, St-Jean-sur-Richelieu, QC J2X 1Z8

Téléphone : 450-347-1172

Courriel : info@cabiberville.org

Territoire : Iberville, St-Athanase et Mont St-Grégoire

☐

Centre d'entraide régional d'Henryville

Adresse : 791, rue St-Jean-Baptiste, Henryville, QC J0J 1E0

Téléphone : 450-299-1117 poste 1 Télécopieur : 450-299-9742

Courriel : cerh1994@live.ca

Territoire : Henryville, St-Alexandre, Ste-Anne-de-Sabrevois, St-Sébastien et Venise-en-Québec