

de dossier Pair: _____ Date d'inscription : _____

RAPPEL : **de médicaments** **de bouger** **de bien s'alimenter**

Un message de rappel sera fait à la personne ci-dessous selon l'heure et la fréquence indiquée.

IDENTIFICATION DU CLIENT :

Prénom : _____ Nom à la naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

de Téléphone : _____ Date de naissance : _____

Langue parlée : Français Anglais

Début du service : Date (jj/mm/aaaa) : _____

Fin du service : Date (jj/mm/aaaa) : _____ ou Date inconnue

**Pour chaque appel, inscrire l'heure que vous aimeriez, ainsi que le service, s'il y a plus d'un service choisi.
De plus cochez chaque jour pour lequel vous désirez recevoir cet appel.**

1^{er} APPEL (ex. : le matin)

Heure : _____ service (si inscrit à plus d'un service) : _____

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

2^e APPEL (ex. : le midi)

Heure : _____ service (si inscrit à plus d'un service) : _____

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

3^e APPEL (ex. : au souper)

Heure : _____ service (si inscrit à plus d'un service) : _____

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

4^e APPEL (ex. : au coucher)

Heure : _____ service (si inscrit à plus d'un service) : _____

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

5^e APPEL

Heure : _____ service (si inscrit à plus d'un service) : _____

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

6^e APPEL

Heure : _____ service (si inscrit à plus d'un service) : _____

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

7^e APPEL

Heure : _____ service (si inscrit à plus d'un service) : _____

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

819-560-8540

Acheminer le tout à : **Agence PAIR Estrie**

Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François
209, rue des Érables
Weedon, Québec J0B 3J0
Fax : 819-560-8541
cab@cabhsf.org

Inscrit par : Nom en lettres moulées : _____
(CAB, CLSC, pharmacie) Fonction : _____
Entreprise : _____
Adresse : _____
Tél : _____
Signature : _____

Référé par (parent, amis...) : Nom : _____

Exonération de responsabilités

**L'Agence Pair Estrie, représenté par son Centre d'action bénévole,
se dégage de toute responsabilité civile advenant :**

- ❖ Une interruption du système Pair de façon temporaire ou permanente
(Exemple : une panne d'électricité etc.).
- ❖ Le cas où la personne ne répond pas à son appel et/ou ne prend pas son/ses
médicament/médicaments.

Signé à _____ ce _____ / _____ / _____
Année mois jour

Signature du bénéficiaire : _____

En collaboration avec des Centres d'action bénévole de l'Estrie

MRC Coaticook : 819-849-7011
MRC Val-Saint-François : Richmond 819-826-6166
Valcourt 450-532-2255
Windsor 819-845-5522
MRC Des Sources : 819-879-6333
MRC Granit : 819-583-3482

CENTRES
D'ACTION BÉNÉVOLE
DE L'ESTRIE