

819-560-8540

# de dossier: \_\_\_\_\_ 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<sup>er</sup> APPEL (ex. : le matin)**

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

Lundi    Mardi    Mercredi    Jeudi    Vendredi    Samedi    Dimanche

**2<sup>e</sup> APPEL (ex. : le midi)**

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

Lundi    Mardi    Mercredi    Jeudi    Vendredi    Samedi    Dimanche

**3<sup>e</sup> APPEL (ex. : au souper)**

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

Lundi    Mardi    Mercredi    Jeudi    Vendredi    Samedi    Dimanche

**4<sup>e</sup> APPEL (ex. : au coucher)**

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

Lundi    Mardi    Mercredi    Jeudi    Vendredi    Samedi    Dimanche

**5<sup>e</sup> APPEL**

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

Lundi    Mardi    Mercredi    Jeudi    Vendredi    Samedi    Dimanche

**6<sup>e</sup> APPEL**

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

Lundi    Mardi    Mercredi    Jeudi    Vendredi    Samedi    Dimanche

**7<sup>e</sup> APPEL**

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

Lundi    Mardi    Mercredi    Jeudi    Vendredi    Samedi    Dimanche

Acheminer le tout à : **Agence SécuriCAB**

Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François

209, rue des Érables, bureau 311

Weedon, Québec J0B 3J0

Fax : 819-560-8541

cab@cabhsf.org

**Inscrit par :**

**(CAB, CLSC, pharmacie)**

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Tél : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Référé par (parent, amis...) : Nom : \_\_\_\_\_

### Exonération de responsabilités

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

- ❖ Une interruption du système 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 : \_\_\_\_\_