

# de dossier: \_\_\_\_\_

Date d'inscription : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom à la naissance : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

# de Téléphone : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

État civil : \_\_\_\_\_ Langue parlée : \_\_\_\_\_

Clé de cachée :  oui  non OÙ : \_\_\_\_\_

Animal de compagnie (race & nom) : \_\_\_\_\_

**HISTORIQUE MÉDICAL** # D'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ # de téléphone : \_\_\_\_\_

Maladie ou déficience physique : \_\_\_\_\_

Peut marcher seul :  oui  non

Vivez-vous seul :  oui  non

Son nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

### Prendre note que les appels se font du lundi au jeudi de 8h30 à 16h et le vendredi 8h30 à 11h

**1<sup>er</sup> APPEL PAIR** Heure désirée : entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ (Heure : \_\_\_\_\_)

Jour d'appel :  lundi  mardi  mercredi  jeudi  vendredi

**2<sup>e</sup> APPEL PAIR** Heure désirée : entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ (Heure : \_\_\_\_\_)

Jour d'appel :  lundi  mardi  mercredi  jeudi  vendredi

## CONTACTS À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Lien :** \_\_\_\_\_

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

**Tél. résidence :** \_\_\_\_\_ **Autre Tél. :** \_\_\_\_\_

**Possède une clé :**  oui  non  vérifié / date : \_\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Lien :** \_\_\_\_\_

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

**Tél. résidence :** \_\_\_\_\_ **Autre Tél. :** \_\_\_\_\_

**Possède une clé :**  oui  non  vérifié / date : \_\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Lien :** \_\_\_\_\_

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

**Tél. résidence :** \_\_\_\_\_ **Autre Tél. :** \_\_\_\_\_

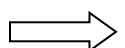
**Possède une clé :**  oui  non  vérifié / date : \_\_\_\_\_

## POUR APPARTEMENT OU RÉSIDENCE

**Nom du propriétaire :** \_\_\_\_\_ **# de téléphone :** \_\_\_\_\_

**Nom du concierge :** \_\_\_\_\_ **# de téléphone :** \_\_\_\_\_

verso



**Autorisation du bénéficiaire dans le cadre de l'application du programme SécuriCAB**

Par la présente, j'autorise le représentant de l'agence SécuriCAB ou tout représentant œuvrant pour l'agence 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 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 réparations. Il en est de même à l'égard de blessures qui pourraient résulter de part et d'autre lors de cette intervention.

J'autorise le représentant à communiquer à l'agence SécuriCAB les informations contenues à la présente et j'autorise l'agence SécuriCAB à recevoir et conserver ces informations pour la durée de mon adhésion au programme et durant tout autre délai légal.

Signature du bénéficiaire : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Exemption de responsabilités**

L'agence tient à rappeler à l'abonné qu'il 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 me rejoindre ou communiquer avec mes personnes désignées. Le signataire accepte cette exemption. J'ai pris connaissance de cette exemption, j'en comprends toute la signification.

Signature du bénéficiaire : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Remarques**

**S'assurer que l'abonné possède une ligne Touch Tone.**

Inscrit par : Nom : \_\_\_\_\_  
Organisme : \_\_\_\_\_  
# Tel : \_\_\_\_\_

- La pochette de documentation a été remise au client
- La pochette de documentation doit être postée au client

1: Copie à conserver par le bénéficiaire

2: Copie à retourner à : **Agence SécuriCAB**

Centre d'action Bénévole du Haut-Saint-François

209, rue des Érables, bureau 311

Weedon, Québec

JOB 3J0

FAX : 819-560-8541

[cab@cabhsf.org](mailto:cab@cabhsf.org)