

Service de police de la Ville de Blainville 640 boul. du Curé-Labelle Blainville (Québec) J7C 2J2 Tél : (450) 434-5300

Tél : (450) 434-5300 Téléc.: (450) 434-8294



ADHÉSION ☐ Appels de surveillance Pair ☐ Rappels prise de médicaments ☐ Répondeur Nº. de Dossier Téléphone Date d'inscription Heure d'appel Langue Nom de famille Prénom Nom du médecin Téléphone Adresse Date de naissance Nº. Ass. maladie Ville Code postal État civil Propriétaire :__ Tel.: (____ Concierge :_ Animal/ race/ nom: Vit seul: □ Oui ☐ Non Co-résident Nom/Prénom : Lien: No. Ass. Maladie: _ Date naissance: Historique médical Maladie: Handicap physique :_ Peut marcher seul: oui oui non non (identifié par un stop rouge sur la porte du congélateur) Inscrit à info-Stop plus : Oui RÉPONDANTS À JOINDRE EN CAS D'URGENCE (par ordre de priorité) Nom : Rue: Rue: Rue: Ville: Ville: Ville: Tél. Rés. : Tél. Rés. : Tél. Rés. : Autre Tél. : Autre Tél. : Autre Tél. : Lien Lien: Lien: Possède une clé non Possède une clé oui 🔲 non non Possède une clé non Autorisation du bénéficiaire 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 réparations. Il en est de même à l'égard de blessures qui pourraient résulter lors 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 du bénéficiaire : Date: Exemption de responsabilités L'agence tient à rappeler au bénéficiaire 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 me joindre 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 Mise à jour

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION Clé accessible par le Service de police Date d'inscription Nº d'usager Année Mois Jour Jour d'appel ☐ Dimanche ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Mercredi ☐ Jeudi □ Vendredi ☐ Samedi Heure d'appel