



## Formulaire d'inscription au Programme d'aide individuelle pour les retraités (PAIR)

- Appel de sécurité
- Rappel de médicament

N° d'identifiant

Coordonnées du membre					
Genre <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Nom		Prénom	
Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		N° de téléphone principal		N° de téléphone secondaire	
N° civique	Rue	App. / Suite	Ville <input type="checkbox"/> BDF <input type="checkbox"/> SADP <input type="checkbox"/> TRB	Code Postal	

Coordonnées des personnes à joindre en cas d'urgence (par ordre de priorité)					
Genre <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Nom		Prénom		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
N° de téléphone principal		N° de téléphone secondaire		Possède une clé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse		App. / Suite	Ville	Lien avec le membre	
Note					

Genre <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Nom		Prénom		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
N° de téléphone principal		N° de téléphone secondaire		Possède une clé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse		App. / Suite	Ville	Lien avec le membre	
Note					

Genre <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Nom		Prénom		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
No de téléphone principal		N° de téléphone secondaire		Possède une clé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse		App. / Suite	Ville	Lien avec le membre	
Note					

## Informations complémentaires

Clés (lieu caché et coordonnées (no de téléphone et adresse) du concierge ou du propriétaire, s'il y a lieu)

Animal sur les lieux

Non  Oui → Nom:                      Race:                       Docile  Agressif → Autre information:

Autres renseignements

## Informations médicales

Coordonnées du médecin traitant (nom, prénom et no de téléphone)

Médication

Handicap physique / limitation physique ou psychologique

## Planification des appels

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Heure							
Heure							
Heure							
Heure							

## Section réservée à l'administration

Reçu le / Par mat.	Rejoint le / Par mat.	Rencontré le / Par mat.	Transmis le / Par mat.	Enregistré le / Par mat.	Confirmé le / Par mat.

Toutes les informations contenues dans ce formulaire sont confidentielles et utilisées pour les fins du programme PAIR uniquement.



## Exonération de responsabilité Programme d'aide individuelle pour les retraités (PAIR)

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, dégage la Ville de Terrebonne, le Service de police de Terrebonne, Sainte-Anne-des-Plaines et Bois-des-Filion et ses employé(e)s ainsi que tous partenaires (présents ou futurs), de toute responsabilité concernant tout dommage pouvant survenir lors d'une intervention dans le cadre du programme PAIR, notamment, pour des dommages matériels causés lors d'une entrée forcée, de difficultés de communications, de troubles téléphoniques, électriques ou électroniques, ou d'une défaillance quelconque du système informatique empêchant l'utilisation convenable de services reliés au Programme PAIR et je suis conscient(e) que l'utilisation d'un répondeur peut rendre le système moins efficace.

Je m'engage à aviser le Service de police de Terrebonne, Sainte-Anne-des-Plaines et Bois-des-Filion de tout changement d'information requis pour mon abonnement au programme (ex.: absence, changement de répondant, etc.).

Je reconnais que ledit programme est un service gratuit s'inscrivant dans le cadre de relations communautaires et qu'en tout temps, il pourra être interrompu de façon temporaire, occasionnelle ou permanente.

En foi de quoi, je signe à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_<sup>e</sup> jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

Nom du membre en lettre moulées	Signature	Date
---------------------------------	-----------	------

Nom du membre en lettre moulées	Signature	Date
---------------------------------	-----------	------

À retourner par courrier électronique à : [police.prevention@ville.terrebonne.qc.ca](mailto:police.prevention@ville.terrebonne.qc.ca)