Service de police de
L'Assomption/Saint-Sulpice
399, rue Dorval
L'Assomption (Québec)
J5W 1A1
Téléphone : 450 589-4777

Pair
Une présence rassurante !

☑ Appels de surveillance PAIR ☐ Rappels prise de médicaments

N° de téléphone ( )	Date d'inscription / / jj/mm/aaaa	Heure de l'appel	Langue	N° de dossier
Nom	Prénom		Nom du médecin	N° de téléphone ( )
Adresse			Date de naissance	N° d'assurance maladie
Ville		Code postal		État civil

Propriétaire : _____ Tél. : (_____) _____

Concierge : _____ Tél. : (_____) _____

Animal/race/nom : # _____

Vit seul : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom et prénom : _____ Lien : _____

N° d'assurance maladie : _____ Date naissance : _____ / sadasd / _____
jour mois année

Fiche d'historique médical

Maladie : _____

Handicap physique : _____ Peut marcher seul : ☐ oui ☐ non

Répondants à joindre en cas d'urgence (par ordre de priorité)

❶	❷	❸
Nom :	Nom :	Nom :
Rue :	Rue :	Rue :
Ville :	Ville : sdasd	Ville :
Téléphone (résidence) :	Téléphone (résidence) :	Téléphone (résidence) :
Autre n° de téléphone :	Autre n° de téléphone :	Autre n° de téléphone :
Lien :	Lien :	Lien :

Autorisation du bénéficiaire dans le cadre de l'application du programme Pair

Par la présente, j'autorise le représentant du Service de police de L'Assomption/Saint-Sulpice à contacter les personnes désignées dans le présent formulaire. Dans l'éventualité où lesdites personnes n'ont pu répondre à l'appel, j'autorise le Service de police de L'Assomption/Saint-Sulpice à recourir aux services d'un serrurier afin d'y effectuer cette vérification. Advenant le cas où des frais devaient être facturés à la suite de cette vérification, je m'engage à assumer la totalité des coûts et je ne pourrai tenir le Service de police de L'Assomption/Saint-Sulpice responsable des dommages et des coûts liés aux réparations. Il en est de même à l'égard des blessures qui pourraient résulter à la suite de cette intervention.

Signature du bénéficiaire : _____
Date : _____

Exemption de responsabilité

Le Service de police de L'Assomption/Saint-Sulpice tient à rappeler au bénéficiaire qu'il se dégage de toute responsabilité en cas d'une interruption temporaire ou permanente du service (ex.: panne de courant, bris d'appareil ou tout autre incident hors de son contrôle) ou de tentatives infructueuses pour me joindre ou les personnes désignées dans le présent formulaire. Le signataire accepte cette exemption.

J'ai pris connaissance de cette exemption et j'en comprends toute la signification.

Signature du bénéficiaire : _____ Date : _____

Remarques

_____
_____
_____
_____

Mis à jour le : _____