

## FICHE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME PAIR

N° d'identifiant

### COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT

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 résidence (utilisé pour le programme)			N° de téléphone cellulaire	
N° civique	Rue		App. / Suite	Ville <input type="checkbox"/> BDF <input type="checkbox"/> SADP <input type="checkbox"/> TRB		Code postal

### COORDONNÉES DES RÉPONDANTS À JOINDRE EN CAS D'URGENCE (par ordre de priorité)

<b>1</b>	Genre <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		Nom		Prénom		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
N° de téléphone cellulaire				N° de téléphone autre			Possède une clé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse			App. / Suite	Ville		Lien avec le membre		
Note								

<b>2</b>	Genre <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		Nom		Prénom		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
N° de téléphone cellulaire				N° de téléphone autre			Possède une clé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Adresse			App. / Suite	Ville		Lien avec le membre		
Note								

<b>3</b>	Genre <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		Nom		Prénom		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
N° de téléphone cellulaire				N° de téléphone autre			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, coordonnées (n° de téléphone et adresse) du concierge ou du propriétaire, s'il y a lieu)								
Animal sur les lieux <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → Nom : _____ Race : _____ → <input type="checkbox"/> Docile <input type="checkbox"/> Agressif → Autre information : _____								
Autres renseignements								

### INFORMATIONS MÉDICALES

Coordonnées du médecin traitant (nom, prénom et n° de téléphone)								
Médication								
Handicap physique / Limitation physique								

### PLANIFICATION DES APPELS

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Heure							
Heure							

### SECTION RÉSERVÉE À L'ADMISTRATION

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

**EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ  
PROGRAMME PAIR**

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, dégage toute corporation municipale, le Service intermunicipal de police de Terrebonne / Sainte-Anne-des-Plaines / Bois-des-Filion et ses employé(e)s, et tous partenaires (présents ou futurs), de toute responsabilité concernant tout dommage pouvant survenir lors d'une intervention dans le cadre du programme PAIR, notamment, mais non limitativement, pour des dommages causés lors d'une entrée forcée. Qu'il s'agisse, également, de difficultés de communications, de troubles téléphoniques, électriques ou électroniques, ou d'une défaillance quelconque du système informatique qui m'empêcheraient d'utiliser adéquatement, à un moment ou à un autre, les services reliés au programme PAIR.

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

Je reconnais enfin 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, et je suis conscient(e) que l'utilisation d'un répondant peut rendre le système moins efficace.

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

Nom de l'adhérent en lettres moulées	Signature	Date
--------------------------------------	-----------	------

Nom d'un témoin en lettres moulées	Signature	Date
------------------------------------	-----------	------

À RETOURNER PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE À: [police.prevention@ville.terrebonne.qc.ca](mailto:police.prevention@ville.terrebonne.qc.ca)