

## Formulaire d'inscription au programme PAIR

IDENTIFICATION	
Nom *	Prénom *
Adresse *	App.
Code postal *	Ville *
Téléphone(s) *	Heure de l'appel (aucun appel de 13 h et 14 h)
Date de naissance *	Numéro d'assurance maladie

CONTACTS	
Il est important que les contacts demeurent près du domicile du membre et qu'ils aient en leur possession une clé de la résidence de l'abonné.	
<b>CONTACT 1</b>	<b>CONTACT 2</b>
Ce contact a une clé <input type="checkbox"/>	Ce contact a une clé <input type="checkbox"/>
Nom	Nom
Téléphone	Téléphone
Lien avec le membre	Lien avec le membre
Remarques	Remarques

COMMENT AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU PROGRAMME PAIR	
Radio <input type="checkbox"/>	Journaux <input type="checkbox"/>
Bulletins municipaux <input type="checkbox"/>	Organismes <input type="checkbox"/>
Entourage <input type="checkbox"/>	Autres : _____

CLÉS
Emplacement ou personne

MÉDICAMENTS	
Maladie(s)	Médication(s)
Endroit où sont situés les médicaments	

