

Merci de remplir ce formulaire au nom de l'abonné et de nous l'envoyer par la poste.

Si vous avez besoin d'assistance, appelez-nous au 1 855 581-3794 (sans frais, du lundi au vendredi de 9 h à 17 h, HNE).

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

M.  Mme.  Mlle.  Dr. Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Nom à graver \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F Date de naissance (m/j/an) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Langue(s) parlée(s) :  Français  Anglais  Autre \_\_\_\_\_

La personne qui s'inscrit est-elle un ancien combattant qui reçoit actuellement les prestations versées par Anciens Combattants Canada (ACC) ?  Oui  Non

(Si **Oui**, n'envoyez pas de paiement. Veuillez noter que le nom et l'adresse seront vérifiés auprès des Anciens Combattants Canada, à des fins de comptabilité)

Numéro d'identité de santé d'ACC K \_\_\_ \_ \_ \_ \_

## CONDITIONS DE VIE DE L'ABONNÉ

Seul  Avec sa famille  Établissement \_\_\_\_\_  Autre \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

N° de tél. domicile \_\_\_\_\_ N° de tél. travail \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_ N° de tél. cellulaire \_\_\_\_\_

## DESCRIPTION DE L'ABONNÉ

Taille : \_\_\_ pieds \_\_\_ pouce(s) ou \_\_\_ cm Poids : \_\_\_ LB ou \_\_\_ KG Couleur des cheveux \_\_\_\_\_

Couleur des yeux \_\_\_\_\_

Origine :  Autochtone  Arabe/d'Asie Occidentale  Noire  Caucasienne  Chinoise  Philippine  Japonaise  
 Coréenne  d'Amérique Latine  Mixte  d'Asie du Sud  Autre \_\_\_\_\_  Inconnue

Teint :  Foncé  Olive/Mat  Pâle/Clair  Rougeâtre  Jaunâtre/Terne  Autre \_\_\_\_\_

Marques visibles :  Cicatrice  Marques  Grains de beauté  Tatouages  Infirmité  Tâches de rousseur  
 Boutons/visage grêlé

Description / Emplacement des marques visibles : \_\_\_\_\_

## LIEUX DE FRÉQUENTATION POSSIBLES

Combien de fois l'abonné s'est-il égaré par le passé ?  Jamais  1 à 4 fois  Plus de 4 fois

Veuillez indiquer certains endroits où il pourrait se rendre (anciennes adresses, ancien emploi, magasins préférés, bureau de poste, etc.) : \_\_\_\_\_

## AIDANTS (PREMIER CONTACT)

Nom \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

N° de tél. domicile \_\_\_\_\_ N° de tél. travail \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_ N° de tél. cellulaire \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Communication :  Français  Anglais

Merci de cocher cette case pour indiquer que, sauf indication contraire, vous avez la permission de l'abonné ou le droit légal de recevoir le courrier en son nom.

## PROBLÈMES DE SANTÉ (La TERMINOLOGIE MÉDICALE ET LES ABRÉVIATIONS RECONNUES SERONT UTILISÉES)

Gravure :  Français  Anglais

Conditions de santé (inclure toutes chirurgies ou procédures médicales majeures) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tous les médicaments d'ordonnance actuels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergies / anaphylaxie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Utilisez-vous un auto-injecteur d'épinéphrine ?  Oui  Non

Implants / appareils (inclure une copie de votre carte d'implants, si possible) :

Type \_\_\_\_\_ Fabricant \_\_\_\_\_

N° de modèle \_\_\_\_\_ N° de série \_\_\_\_\_

Besoins spécifiques \_\_\_\_\_

## CONTACTS MÉDICAUX D'URGENCE

1. Médecin \_\_\_\_\_ Spécialité \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

2. Médecin \_\_\_\_\_ Spécialité \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

## CONTACTS D'URGENCE PERSONNELS

1. Nom \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

N° de tél. domicile \_\_\_\_\_ Meilleur moment pour téléphoner \_\_\_\_\_

Autre N° de tél. \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_ N° de tél. cellulaire \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Communication :  Français  Anglais

2. Nom \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

N° de tél. domicile \_\_\_\_\_ Meilleur moment pour téléphoner \_\_\_\_\_

Autre N° de tél. \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_ N° de tél. cellulaire \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Communication :  Français  Anglais

