

RENSEIGNEMENTS SUR LE BRACELET

Mesurez le poignet et ajoutez un demi-pouce pour qu'il ne soit pas trop serré, puis choisissez la longueur de bracelet correspondante.

5"	5,5"	6"	6,5"	7"	7,5"	8"	8,5"	9"	9,5"	10"	

Langue préférée pour la gravure : anglais français

ADRESSE DU MEMBRE

Seul Établissement

Avec sa famille Autre

Province Ville

N° et nom de la rue N° d'app.

Code postal Tél. à domicile

Tél. au travail Poste Tél. cellulaire

DESCRIPTION DU MEMBRE

Taille

PI PO ou CM

Poids

LB ou KG

Préciser la race

Cheveux

BLA = Blanc BLO = Blond BRN = Brun CHT = Châtain CHA = Chauve GRI = Gris NOI = Noir ROX = Roux		

Type de cheveux

Aux épaules Courts En brosse En queue de cheval Frisés Longs Ondulés Perruque, postiche Raides Teints Autre

Couleur des yeux

Oeil gauche		Oeil droit	
BLE = Bleu BRN = Brun GRI = Gris MAR = Marron NOS = Noisette NOI = Noir PER = Pers VER = Vert			

Teint

Boutons/Cicatrices Foncé Grains de beauté Jaunâtre Pâle/Clair Rougeâtre Taches de rousseur Autre

ÉPISODES D'ERRANCE

Aucun Répétés (1 à 4 fois) Habituels (plus de 4 fois)

Endroits possibles – Préciser les endroits où le membre s'est rendu ou risque de vouloir se rendre en cas d'errance, par exemple : ancienne adresse, ancien emploi, magasins préférés, centre d'achats, bureau de poste, etc. **(Veuillez préciser)**

PROBLÈMES DE SANTÉ (allergies, maladies)

AIDANTS/PERSONNES-RESSOURCES

(Tous les renseignements seront expédiés à la PERSONNE-RESSOURCE PRINCIPALE)

Veillez vous assurer que toutes les personnes ci-dessous savent que le membre est inscrit à Sécu-Retour^{MD}.

PERSONNE-RESSOURCE PRINCIPALE

Nom		Lien	Langue préférée <input type="checkbox"/> Angl. <input type="checkbox"/> Français
Province/Ville	Adresse		Code postal
N° de tél. (Domicile)	N° de tél. (Travail)	N° de cellulaire	Courriel

DEUXIÈME PERSONNE-RESSOURCE

Nom		Lien	Langue préférée <input type="checkbox"/> Angl. <input type="checkbox"/> Français
Province/Ville	Adresse		Code postal
N° de tél. (Domicile)	N° de tél. (Travail)	N° de cellulaire	Courriel

TROISIÈME PERSONNE-RESSOURCE

Nom		Lien	Langue préférée <input type="checkbox"/> Angl. <input type="checkbox"/> Français
Province/Ville	Adresse		Code postal
N° de tél. (Domicile)	N° de tél. (Travail)	N° de cellulaire	Courriel

CONSENTEMENT (Le formulaire doit être signé.)

Les renseignements ci-dessus ont été fournis volontairement à condition qu'ils demeurent confidentiels et ne soient communiqués qu'au personnel des soins de santé ou aux services de police si jamais le membre était porté disparu.

Consentement donné par :
(en caractères d'imprimerie)

Signature :

Lien :

Date :
(Année-mois-jour)