

Merci de remplir ce formulaire au nom du membre 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 DU MEMBRE

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 DU MEMBRE

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 : _____

HISTORIQUE D'ERRANCE

À combien de reprises la personne membre s'est-elle égarée dans le passé ? Jamais 1 à 4 fois Plus de 4 fois

Précisez les éventuels endroits où la personne 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 du membre 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

