



FORMULAIRE D'AIGUILLAGE DE CLIENT

DATE : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE CLIENT :

| | |
|--------------------------------------|--|
| PRÉNOM | |
| NOM DE FAMILLE | |
| DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA) | |
| ADRESSE (numéro et nom de la rue) | |
| VILLE | |
| CODE POSTAL | |
| TÉLÉPHONE (résidentiel) | |
| TÉLÉPHONE (cellulaire) | |
| ADRESSE DE COURRIEL | |

PERSONNES-RESSOURCES EN CAS D'URGENCE :

| PERSONNE-RESSOURCE N° 1 : |
|---------------------------|
| Nom : |
| Numéro résidentiel : |
| Numéro de cellulaire : |
| Adresse de courriel : |

| PERSONNE-RESSOURCE N° 2 : |
|---------------------------|
| Nom : |
| Numéro résidentiel : |
| Numéro de cellulaire : |
| Adresse de courriel : |

Prière de signer et numériser ce formulaire et de l'envoyer par courriel à : nav-care@tdpcr.ca

Ou par la poste à l'attention de :
Coordonnatrice du programme Nav-CARE
265, rue André Brunet, Kirkland (Québec) H9H 3R4

Nous communiquerons avec vous par téléphone pour confirmer l'admissibilité et terminer l'inscription au programme Nav-CARE.

Pour toute question, prière de communiquer avec la coordonnatrice du programme Nav-CARE Cynthia Lapointe au 514-941-1718
Au plaisir de vous parler!

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

En signant ce formulaire, vous acceptez que la coordonnatrice du programme Nav-CARE communique avec vous et d'obtenir des services de la part d'un bénévole de Nav-CARE de la Résidence de soins palliatifs Teresa-Dellar.

Nom : _____

Signature : _____

Date : _____