

Date : _____

Name/Nom: _____ (Maiden/nom de fille) : _____

Address/Adresse: _____

Postal Code /Code postale : _____ Telephone/Téléphone: _____

Language/Langue : _____ Email/Courriel : _____

Contact person/ Personne à contacter: _____

Telephone/Téléphone : _____ Relation/Lien : _____

Services requested/Services demandés:

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Meals on Wheels/Popote roulante | <input type="checkbox"/> | O.P.A.L.S. | <input type="checkbox"/> |
| Pedicure Clinic/Clinique de pédicure | <input type="checkbox"/> | Men's group/Groupe d'hommes | <input type="checkbox"/> |
| Escort Transport/Accompagnement-transport | <input type="checkbox"/> | The Club/Le Club | <input type="checkbox"/> |
| Friendly Visits/Visites amicales | <input type="checkbox"/> | Exercices P.I.E.D., walking group/groupe de marche | <input type="checkbox"/> |
| Grocery Shopping/Épicerie | <input type="checkbox"/> | Technology training/Assistance technologique | <input type="checkbox"/> |
| Caregivers/Proches aidants, support | <input type="checkbox"/> | | |

Referred by/Référé par: _____

Comments/Commentaires: _____

Taking care of a loved one/prend soin d'un proche: _____

Mobility/Mobilité: Walker/Marchette Wheel chair/Fauteuil roulant Cane/Canne

Other/Autre: _____