



CONCEPTION DE VOTRE PLAN FAMILIAL

Votre plan familial devrait rester chez vous, sur votre réfrigérateur, sur le tableau d'affichage familial ou à un endroit facilement accessible en cas d'urgence.

Pour concevoir votre plan, réfléchissez et répondez aux questions suivantes :

- » Qui dépend de moi pour des soins? Qui sont les personnes les plus fiables pour prodiguer des soins?
- » Avez-vous parlé aux personnes soignantes désignées pour votre famille? Ont-elles accepté cette responsabilité?
- » Disposez-vous de tous les numéros de téléphone de toutes les personnes désignées : à domicile, au bureau, cellulaire, etc.
- » Si vous devez vous absenter, où voudriez-vous que le ou la membre de votre famille soit hébergé-e, chez vous ou chez la personne soignante désignée?
- » Quels sont les besoins des membres de votre famille? Pensez aux médicaments, au régime alimentaire, à un livre ou à un jouet qui apporterait du réconfort.
- » Comptez-vous sur la personne soignante pour accompagner le ou la membre de votre famille à des rendez-vous, des événements, etc.? Si oui, a-t-elle, il ou iel besoin d'un véhicule ou d'un siège d'appoint?
- » Qui sera responsable des dépenses en votre absence et comment seront-elles payées?
- » Envisagez de fournir une copie de ce document à toutes vos personnes soignantes désignées.

IMPORTANT :

Parlez de votre plan à votre famille, afin qu'elle soit également au courant en cas d'urgence.

Menez une entrevue avec toutes les personnes susceptibles de s'occuper de vos enfants, le cas échéant, et demandez une vérification de leur casier judiciaire **AVANT** qu'une situation d'urgence ne se produise.

Vous pourriez vouloir compter vos animaux parmi les membres de votre famille à domicile : tenez-en compte dans votre plan.

Pour obtenir de l'aide afin de concevoir votre plan familial, communiquez avec le CRFM de la C.-B. continentale :

604 225 2520, poste 2518
info@bcmfrc.com



Notre famille

VOS RENSEIGNEMENTS

NOM	TÉLÉPHONE	COURRIEL (autre qu'une adresse des Forces canadiennes)

VOS PERSONNES DÉPENDANTES

NOM	DATE DE NAISSANCE	RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS (médicaments, allergies, etc.)

ANIMAUX DOMESTIQUES

NOM	ANIMAL OU RACE	RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS (médicaments, etc.)

Remarques



PERSONNE SOIGNANTE

NOM

LIEN AVEC LA FAMILLE

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL

COURRIEL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE

ADRESSE

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

PERSONNE SOIGNANTE SUPPLÉANTE

NOM

LIEN AVEC LA FAMILLE

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL

COURRIEL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE

ADRESSE

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

PERSONNE SOIGNANTE SUPPLÉANTE

NOM

LIEN AVEC LA FAMILLE

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU TRAVAIL

COURRIEL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE

ADRESSE

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS



Coordonnées importantes

	NOM	TÉLÉPHONE	RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS
ENSEIGNANT·E			
GARDERIE			
MÉDECIN			
PHARMACIE			
VÉTÉRINAIRE			
MEMBRE DE LA FAMILLE			
AMI·E OU VOISIN·E			
PROPRIÉTAIRE			
OFFICIER·ÈRE EN SERVICE			
AUTRE			
AUTRE			

Documents

DOCUMENT	OÙ TROUVER :
CARTE D'ASSURANCE SOCIALE	
CERTIFICAT DE NAISSANCE OU DOCUMENTS D'ADOPTION	
PASSPORT OU VISA	
PROCURATION	
ACCORD DE REPRÉSENTATION EN MATIÈRE DE SANTÉ (REPRESENTATION AGREEMENT)	
AUTRE	
AUTRE	