



**PERSONNE NÉCESSITANT DE L'AIDE PARTICULIÈRE
(évacuation)**



FORMULAIRE (INSCRIPTION VOLONTAIRE)

Citoyens de la MRC d'Acton

Identification de la personne (ayant besoin de l'aide)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App : _____

Municipalité : _____ Téléphone : _____

Résidence principale : Oui Non Si non, précisez : _____

Identification de la déficience

- | | | |
|--|--------------------------|-------------------------|
| | | Spécifiez s'il y a lieu |
| ➤ intellectuelle | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ malentendant | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ non-voyant | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ personne handicapée | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ personne âgée ayant des problèmes de motricité | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ autre | <input type="checkbox"/> | _____ |

Emplacement de la chambre de la personne qui nécessite de l'aide particulière en cas d'évacuation :

- | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----------|
| | | Détails : |
| ➤ sous-sol | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ 1 ^{er} étage | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ 2 ^e étage | <input type="checkbox"/> | _____ |
| ➤ 3 ^e étage | <input type="checkbox"/> | _____ |

Autorisation

J'autorise le Service de sécurité incendie de ma municipalité à échanger les informations contenues sur ce formulaire avec la centrale d'appel d'urgence et je dégage le Service incendie de ma municipalité de toute responsabilité dans le cadre de ce programme.

Signature de la personne handicapée ou son représentant

Date

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE PAR COURRIER OU COURRIEL TEL QU'INDIQUÉ CI-DESSOUS, À L'ATTENTION DE MONSIEURS SAMMY BÉALNGER, SERVICE DE PRÉVENTION INCENDIE DE LA MRC D'ACTON.