

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

**FORMULAIRE (INSCRIPTION VOLONTAIRE)**

**Citoyens de : Barnston-Ouest, Coaticook, Compton, Dixville, East Hereford, Martinville,   
St-Herménégilde, St-Malo, St-Venant-de-Paquette, Ste-Edwidge-de-Clifton, Stanstead-Est et Waterville**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identifiant 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 lieu |
| ⮚ Intellectuelle | 🞎 |  |
| ⮚ Malentendant | 🞎 |  |
| ⮚ Non-voyant | 🞎 |  |
| ⮚ Personne handicapée | 🞎 |  |
| ⮚ Personne âgée ayant des problèmes de motricité | 🞎 |  |
| ⮚ Autre | 🞎 |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Détails : |
| ⮚ Sous-sol | 🞎 |  |
| ⮚ 1er étage | 🞎 |  |
| ⮚ 2e étage | 🞎 |  |
| ⮚ 3e étage | 🞎 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personne(s) à contacter en cas d’urgence** | | |
| **Prénom :** | **Nom :** | **Lien (rôle) :** |
| **Tél. (rés.) :** | **Tél. (trav.) :** | **Cellulaire :** |
| **Prénom :** | **Nom :** | **Lien (rôle) :** |
| **Tél. (rés.) :** | **Tél. (trav.) :** | **Cellulaire :** |
| **Prénom :** | **Nom :** | **Lien (rôle) :** |
| **Tél. (rés.) :** | **Tél. (trav.) :** | **Cellulaire :** |

|  |
| --- |
| **Autorisation** |

J’autorise le Service de prévention incendie de la MRC de Coaticook à échanger les informations contenues sur ce formulaire avec la centrale d’appel d’urgence et je dégage le Service de prévention incendie de la MRC de Coaticook de toute responsabilité dans le cadre de ce programme.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Signature de la personne nécessitant de l’aide particulière ou son représentant |  | Date |

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE PAR LA POSTE, PAR COURRIEL OU PAR TÉLÉCOPIEUR   
TEL QU’INDIQUÉ CI-DESSOUS :