



PERSONNE NÉCESSITANT DE L'AIDE PARTICULIÈRE (évacuation)
FORMULAIRE (INSCRIPTION VOLONTAIRE)

Citoyens de: Saint-Didace - Mandeville - Ville Saint-Gabriel - Saint-Gabriel de Brandon -
Saint-Cléophas-de-Brandon- Saint-Norbert - Sainte-Élisabeth - Saint-Cuthbert - Saint-Barthélemy -
Lanoraie - Ville de Lavaltrie - Berthierville - Sainte-Geneviève-de-Berthier - Saint-Ignace-de-Loyola
– Visitation de l'Île-Dupas

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

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App : _____

Municipalité : _____ Téléphone : _____

Résidence principale : Oui ☐ Non ☐ Si non, précisez : _____

Courriel de la personne handicapé ou son représentant : _____

Identification de la déficience

		Spécifiez s'il y a lieu
➤ intellectuelle	<input type="checkbox"/>	_____
➤ malentendant	<input type="checkbox"/>	_____
➤ surdité (langage des signes)	<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 la MRC de D'Au-tray à échanger les informations contenues sur ce formulaire avec la centrale d'appel d'urgence et je dégage le Service incendie de la MRC de D'Au-tray de toute responsabilité dans le cadre de ce programme.

Signature de la personne handicapée ou son
représentant

Date

Municipalité Régionale de Comté de D'Au-tray
550, rue de Montcalm Berthierville (Québec) J0K 1A0
Téléphone : 450-836-7007, Télécopieur : 450-836-1576
Courriel : gmasse@mrcau-tray.qc.ca