



PERSONNE NÉCESSITANT DE L'AIDE PARTICULIÈRE (évacuation)
FORMULAIRE (INSCRIPTION VOLONTAIRE
POUR LES CITOYENS DE LA MRC DE D'AUTRAY)

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	☐	_____
➤ Surdité (langage des signes)	☐	_____
➤ Non-voyant	☐	_____
➤ Personne handicapée ou problèmes de motricité	☐	_____
➤ Autre	☐	_____

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

	Détails :
➤ Sous-sol ☐	_____
➤ 1��r étage ☐	_____
➤ 2�� étage ☐	_____
➤ 3�� étage ☐	_____

ADVENANT UN DÉMÉNAGEMENT OU UN CHANGEMENT DE NUMÉRO DE
TÉLÉPHONE, IL EST DE VOTRE RESPONSABILITÉ D'EN AVISER
LE SERVICE INCENDIE

Autorisation

J'autorise le Service de sécurité incendie de la MRC de D'Autray    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'Autray de toute responsabilité dans le cadre de ce programme.

Signature de la personne handicapée ou son représentant

Date

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