



**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 <sup>er</sup> étage | <input type="checkbox"/> | _____     |
| ➤ 2 <sup>e</sup> étage  | <input type="checkbox"/> | _____     |
| ➤ 3 <sup>e</sup> 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.

MRC d'Acton , 1037, rue Beaugrand, Acton Vale (Québec) J0H 1A0

Courriel : [prevention@mrcacton.ca](mailto:prevention@mrcacton.ca)

450-546-3256 #307