

Un geste simple et vital

Selon le rapport d'activité sur les incendies déclarés en 2012 produit par le ministère de la Sécurité publique, les personnes présentant une condition particulière permanente ou temporaire (ex : déficience motrice, visuelle, intellectuelle, auditive) représentent 15% de la population mais 39% des victimes d'incendie (décès).

Un nouveau service est donc proposé afin d'aider les services d'urgence dans leurs interventions. Les citoyens ont maintenant la possibilité de recenser toute personne atteinte d'un handicap.

Lors d'une intervention d'urgence, cette information permettra au centre 911 d'aviser les services spécialisés (ambulanciers, policiers et pompiers) de la présence d'une personne avec une condition particulière.

Ils pourront ainsi offrir un soutien mieux adapté aux conditions de l'occupant et seront en mesure d'intervenir plus efficacement.

Inscrivez-vous aujourd'hui !

À noter que les informations recueillies demeureront confidentielles.

Nous vous invitons à remplir le formulaire au verso.

Cette initiative s'inscrit dans le cadre des politiques municipales et représente un pas de plus vers la sécurité et la protection des citoyens.

Pour tout renseignement additionnel et pour recevoir votre autocollant à apposer de façon volontaire sur votre porte, nous vous invitons à communiquer avec votre municipalité.

NOTRE TERRITOIRE
NOTRE AVENIR
**MRC DES
LAURENTIDES**

AMHERST | ARUNDEL | BARKMERE | BRÉBEUF | HUBERDEAU | IVRY-SUR-LE-LAC | LABELLE
LA CONCEPTION | LAC-SUPÉRIEUR | LAC-TREMBLANT-NORD | LA MINERVE | LANTIER | MONTCALM
MONT-TREMBLANT | SAINTE-AGATHE-DES-MONTS | SAINTE-LUCIE-DES-LAURENTIDES
SAINT-FAUSTIN-LAC-CARRÉ | VAL-DAVID | VAL-DES-LACS | VAL-MORIN

PROGRAMME

SECOURS ADAPTÉS

Un registre pour sauver des vies





Formulaire d'inscription volontaire pour une personne nécessitant une aide particulière

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse : _____ Appartement : _____

Municipalité : _____

Téléphone : _____

Âge : _____ Poids : _____

Résidence principale ? Oui Non

Si non, précisez : _____

IDENTIFICATION DE LA DÉFICIENCE

Intellectuelle Physique Non-voyant

Malentendant Problèmes de motricité

EMPLACEMENT DE LA CHAMBRE EN CAS D'ÉVACUATION

Sous-sol 1^{er} étage 2^e étage 3^e étage

N. B. Les renseignements sont strictement **confidentiels**.

AUTORISATION

J'autorise la municipalité de _____
à transmettre les informations contenues sur ce formulaire à la centrale
d'appels d'urgence 911 et je dégage la municipalité de toute responsabilité
dans le cadre de ce programme.

En cas d'hospitalisation à long terme, de déménagement ou de décès,
je dois avertir la municipalité immédiatement qui fera les démarches
nécessaires auprès de la centrale 911.

SIGNATURE

Signature de la personne handicapée ou de son représentant légal

Date

Veillez retourner ce formulaire par courrier, télécopie ou courriel
aux coordonnées ci-contre :

Bouton de transmission



À NOTER : Le formulaire est compatible avec le navigateur Internet Explorer.
Si vous utilisez un autre navigateur, sauvegardez le formulaire
sur votre bureau ou à l'endroit de votre choix.
Complétez-le et cliquez sur le bouton transmission.