



Formulaire d'inscription Programme Secours adapté

1. Identification de la personne nécessitant une aide spécifique

Nom de famille :		Prénom :	
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance :	Taille :	Poids :
Adresse du domicile : (numéro, rue, app.)			
Ville :		Province :	Code postal :
Téléphone (maison) :	Cellulaire :	Téléphone (autre) :	
Courriel :			

2. Renseignements sur la personne

Déficiences intellectuelles :

Autisme Trisomie 21

Autres (précisez) :

Déficiences physiques :

Amputation Paralyse cérébrale

Dystrophie musculaire Traumatisme cérébral

Obésité morbide

Autres (précisez) :

Déficiences sensorielles :

Aveugle Semi-voyant

Malentendant Sourd

Muet Trouble de la parole et du langage

Autres (précisez) :

Maladies chroniques et troubles de santé :

Alzheimer Degré : Sclérose en plaques Degré :

Diabète Degré : Troubles cardiaques Degré :

Épilepsie Degré : Troubles cognitifs Degré :

Parkinson Degré : Troubles respiratoires Degré :

Autres (précisez) :

Aides techniques utilisées :

<input type="checkbox"/> Concentrateur d'oxygène	Nombre de bonbonnes : _____	Endroit de stockage : _____
<input type="checkbox"/> Appareil de gavage		<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant motorisé
<input type="checkbox"/> Canne		<input type="checkbox"/> Lève-personne
<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel		<input type="checkbox"/> Chien-guide
<input type="checkbox"/> Marchette		<input type="checkbox"/> Orthèse/prothèse
<input type="checkbox"/> Autres (précisez) :		

Est-ce que la situation de santé est temporaire? Oui Non

Si oui, précisez la date de retrait du programme : _____

Est-ce que la personne vit seule? Oui Non

Indiquez l'endroit où la personne dort (chambre à coucher, salon) et précisez l'étage (rez-de-chaussée, sous-sol, 1^{er} étage) :

Médicaments obligatoires :

Besoins spécifiques :

Détails pour les intervenants :

3. Personne à contacter en cas d'urgence

Nom de famille :		Prénom :	
Sexe :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Langue parlée :	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Même adresse que la personne nécessitant une aide spécifique			
Adresse du domicile : (numéro, rue, app.)			
Ville :		Province :	
		Code postal :	
Téléphone (maison) :		Cellulaire :	
		Téléphone (autre) :	
Courriel :			

Lien avec la personne nécessitant une aide spécifique :

Informations supplémentaires :

4. Envoi de votre formulaire

1) Par courriel à sitr@v3r.net

2) Par télécopieur : 819 372-4540

3) Par la poste :

Direction de la sécurité incendie et de la sécurité civile

350, rue Rochefort

Trois-Rivières (Québec) G8T 7K1

4) En personne :

350, rue Rochefort

Trois-Rivières (Québec)

Les renseignements contenus dans ce formulaire seront traités de façon confidentielle.

Pour la mise à jour, s'il est impossible de joindre la personne inscrite ou la personne à contacter en cas d'urgence par les coordonnées fournies au dossier, la désactivation de l'inscription se fera après un an.

J'autorise la Direction de la sécurité incendie et de la sécurité civile à transmettre les informations contenues dans ce formulaire à la centrale d'appels d'urgence 911 et je dégage la Ville de Trois-Rivières de toute responsabilité dans le cadre de ce programme.